



سالگرد ده سالگی بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی نور شهریار
یک دهه اعتماد، یک عمر همراهی



هشتمین کنگره یورواونکولوژی

صفحه ۵



حضور پررنگ بیمارستان نور
شهریار در IPH ۲۰۲۶

صفحه ۶



پزشک؛ نماد تاب آوری و امید

صفحه ۲



بیمارستان فوق تخصصی
نور شهریار
Noor Shahriar Hospital

دپارتمان فوق تخصصی چشم پزشکی



با بهره‌گیری از تجهیزات پیشرفته و حضور پزشکان متخصص و فوق تخصص، آماده ارائه خدمات تشخیصی، درمانی و جراحی در بالاترین سطح کیفیت به شما عزیزان هستیم.

با حضور پزشکان متخصص و فوق تخصص

با حضور پزشک فوق تخصص

استرابیسم (انحراف چشم)



شبکیه (بیماران دیابتی)



گلوکوم (آب سیاه)

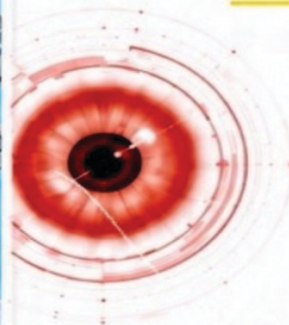


قرنیه



خدمات تخصصی و فوق تخصصی

- جراحی‌های پیشرفته چشم
- درمان آب مروارید
- خدمات تخصصی شبکیه و قرنیه
- کاتاراکت
- بلفاروپلاستی
- لیزیک و لازک و فمتولیزیک



نور؛ نگاهی تازه به سلامت بینایی



تلفن:
۰۲۱-۵۵۱۲۱
داخلی ۱۱۰۴



اینستاگرام:
noorshahriar_hospital



ایمیل:
info@noorhospital.ir

فهرست مطالب



۵

هشتمین کنگره یورواونکولوژی

حضور فعال بیمارستان نور شهریار



۴

سالگرد ده سالگی بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی نور شهریار

یک دهه اعتماد، یک عمر همراهی



۲

پزشک؛ نماد تاب آوری و امید

سخن مدیر مسئول نشریه
دکتر محمود کرباسفروشان

۶	حضور پررنگ بیمارستان نور شهریار در IPH ۲۰۲۶
۸	بیمارستان نسل پنجم؛ تحول در طراحی، مدیریت و تجربه درمان
۱۰	افتتاح بخش های نوین در بیمارستان نور شهریار
۱۲	همه چیز در مورد سنگ شکن برون اندامی
۱۵	سلول های داوینچی
۱۶	کتامین تراپی در اختلالات سایکوتیک
۱۸	احیا نوزادان
۱۹	تیرز پاتاید؛ نسل جدید درمان دیابت نوع ۲ و چاقی
۲۰	مروری بر سنکوپ، از تشخیص تا درمان
۲۴	وقتی خشم وارد بیمارستان می شود؛ چگونه تنش را به تعامل انسانی تبدیل کنیم؟
۲۷	بمناسبت روز جهانی هپاتیت
۳۰	روایت مهر، صفحه اختصاصی دفتر پرستاری
۳۴	مراقبت انسان محور در بخش مراقبت های ویژه (H-ICU)
۳۶	نارسایی قلب؛ بیماری شایع، قابل کنترل و نیازمند تشخیص زودهنگام
۳۸	فشار خون بالا؛ رویکردی کاربردی برای کادر درمان
۴۱	مراقبت از بیماران بین المللی در سال ۲۰۲۶

مدیر مسئول: دکتر محمود کرباسفروشان . سردبیر و دبیر علمی: دکتر مهدی صنعت کار . قائم مقام سردبیر: دکتر مجتبی محمودآبادی . دبیر اجرایی: دکتر حبیب اله ایری . مدیر اجرایی: دکتر پروانه عسگری . دبیر بخش درمان: دکتر حبیب اله ایری . دبیر بخش اداری: دکتر مجتبی محمودآبادی . دبیر بخش پاراکلینیک: دکتر نساء محمدعلیزاده . دبیر بخش پرستاری: سیما فرهادیان . گرافیکست: مهندس پریا خلیلی . ویراستار: محمد مهدی محمودآبادی

به نام خداوند جان و خرد

د د پزشک؛ نماد تاب‌آوری و امید

در آستانه روز پزشک و سالروز میلاد حکیم فرزانه و نام‌آور عرصه دانش پزشکی، شیخ‌الرئیس ابوعلی سینا، فرصتی مغتنم است تا با نهایت احترام و سپاس، از تمامی پزشکانی یاد کنیم که در یک سال گذشته، دانش، تجربه و توان خویش را با تعهد، صبوری و مهر انسانی در مسیر سلامت مردم به کار گرفتند. روز پزشک، تنها بزرگداشت یک حرفه نیست؛ پاسداشت انسان‌هایی است که در دشوارترین لحظات زندگی، در کنار بیماران می‌ایستند و با دانش و حضور خود، امید را در دل آنان زنده نگه می‌دارند.

در شرایطی که سر می‌بریم که نظام سلامت کشور و مراکز درمانی دچار مشکلات عدیده‌ای هستند. فشارهای اقتصادی ناشی از تحریم‌ها، افزایش هزینه‌ها، دشواری تأمین دارو، تجهیزات و ملزومات پزشکی و مشکلات اقتصادی، در کنار پیامدهای سنگین جنگ چهل‌روزه، شرایطی کم‌سابقه را بر جامعه و حوزه سلامت تحمیل کرده است. در چنین روزهایی، اداره یک مرکز درمانی تنها با برنامه‌ریزی و امکانات میسر نیست؛ بلکه بیش از هر چیز، به تاب‌آوری، همدلی و احساس مسئولیت مشترک نیاز دارد.

در بیمارستان نور شهریار، این تاب‌آوری را در رفتار و تلاش تک‌تک همکارانمان شاهد هستیم. در شرایطی که مشکلات اقتصادی، فشارهای ناشی از جنگ و دشواری‌های تأمین منابع، اداره مراکز درمانی کشور را با چالش‌های جدی مواجه کرده است، چرخه خدمت‌رسانی در بیمارستان نور شهریار بدون کوچکترین خللی سیر پیش‌رونده و رو به جلویی داشته است. این موفقیت، شاید در نگاه نخست یک دستاورد مدیریتی به نظر برسد، اما در حقیقت حاصل تلاش یک مجموعه بزرگ و هماهنگ است؛ مجموعه‌ای که در آن پزشک، پرستار، ماما، کادر درمان، کارکنان اداری، نیروهای خدماتی، فنی و پشتیبانی، هر یک حلقه‌ای از زنجیره‌ای هستند که سلامت و آرامش بیماران را تضمین می‌کند. در روزهای سخت، بیش از همیشه دریافتیم که قدرت واقعی یک سازمان، نه در ساختمان‌ها و تجهیزات، بلکه در انسان‌هایی است که در کنار یکدیگر می‌ایستند و مسئولیت خویش را حتی در دشوارترین شرایط به بهترین شکل انجام می‌دهند.

آنچه ارزش این تلاش‌ها را دوجندان می‌کند، این است که نور شهریار در این دوران تنها به حفظ وضعیت موجود بسنده نکرد؛ بلکه در مسیر توسعه و ارتقای خدمات نیز گام برداشت و در بخش‌هایی از بیمارستان شاهد توسعه، بهبود زیرساخت‌ها و افزایش توان خدمت‌رسانی نیز بودیم.

امروز بیش از هر زمان دیگری به تاب‌آوری نیازمندیم؛ تاب‌آوری به معنای تحمل منفعلانه دشواری‌ها نیست، بلکه توان ایستادن، سازگار شدن، یافتن راه‌حل و ادامه دادن مسیر با امید و خرد جمعی است. باور داریم آنچه بیمارستان نور شهریار در این روزهای دشوار پشت سر گذاشت، نمونه‌ای ارزشمند از همین روحیه است؛ روحیه‌ای که سرمایه اصلی ما برای ساختن فردایی بهتر خواهد بود.

در این ایام فرخنده روز پزشک، ضمن تبریک صمیمانه به همه پزشکان گرانقدر، از یکایک همکاران عزیز بیمارستان نور شهریار که در تمام این مسیر با مسئولیت‌پذیری، صبوری و همراهی خود در کنار بیماران و مجموعه بیمارستان ایستادند، صمیمانه سپاسگزارم. بی‌تردید آنچه امروز به عنوان موفقیت و سربلندی نور شهریار از آن یاد می‌کنیم، حاصل تلاش جمعی همه شماست.

باشد که با تداوم این همدلی و با تکیه بر دانش، اخلاق، امید و توان جمعی، چراغ نور شهریار را همچنان روشن و فروزان نگه داریم و در مسیر خدمت به مردم، گام‌هایی استوارتر از همیشه برداریم.

با احترام و آرزوی سلامتی

دکتر محمود کرباسفروشان

عضو هیات مدیره و مدیرعامل بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی نور شهریار

گرامیداشت روز پزشک در بیمارستان نور شهریار

همزمان با فرارسیدن روز پزشک، مراسم گرامیداشت این روز در بیمارستان نور شهریار برگزار شد. در این برنامه، معاون درمان و جمعی از مسئولان بیمارستان با حضور در بخش‌ها و واحدهای مختلف، ضمن دیدار و گفت‌وگو با پزشکان، این روز را به آنان تبریک گفتند و از تلاش‌های ارزشمند جامعه پزشکی بیمارستان قدردانی کردند. در ادامه این برنامه، مدیرعامل بیمارستان نیز با اهدای هدایایی به پزشکان شاغل در بیمارستان و پزشکان همکار، از زحمات، تعهد و همراهی آنان در مسیر ارائه خدمات درمانی به بیماران تقدیر کرد. این برنامه با هدف پاسداشت جایگاه پزشکان و ارج نهادن به نقش آنان در ارتقای کیفیت خدمات درمانی و سلامت جامعه برگزار شد.

مسئولان بیمارستان نور شهریار در این دیدارها، ضمن تبریک روز پزشک، بر اهمیت نقش پزشکان به عنوان یکی از ارکان اصلی نظام درمان و سرمایه‌های ارزشمند بیمارستان تأکید کردند.

در پایان نیز از تمامی پزشکان شاغل و همکار بیمارستان که با دانش، مسئولیت‌پذیری و تعهد حرفه‌ای خود در خدمت بیماران هستند، قدردانی به عمل آمد.



سالگرد ده سالگی بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی نور شهریار یک دهه اعتماد، یک عمر همراهی

با حضور اولین نوزادی که در بیمارستان بدنیا آمد

مراسم گرامیداشت دهمین سالگرد تأسیس بیمارستان نور شهریار با حضور مدیران، کارکنان و جمعی از اعضای کادر درمان برگزار شد؛ این مراسم فرصتی برای مرور یک دهه تلاش، خدمت‌رسانی و همراهی با مردم منطقه فراهم آورد. در این برنامه، از جمعی از همکارانی که در این سال‌ها نقش مؤثری در پیشرفت مجموعه داشته‌اند، تقدیر به عمل آمد.

یکی از لحظات ماندگار این مراسم، حضور «آیما»، نخستین نوزاد متولدشده در بیمارستان نور شهریار بود؛ حضور او در جشن دهمین سالگرد تأسیس بیمارستان، یادآور پیوند عمیق میان بیمارستان و خانواده‌هایی است که طی این سال‌ها با اعتماد خود، همراه این مجموعه بوده‌اند.

ده سال فعالیت مستمر بیمارستان نور شهریار، حاصل تلاش مشترک مدیران، پزشکان، پرستاران و همه افرادی است که با تعهد و مسئولیت‌پذیری در کنار بیماران و خانواده‌های آنان حضور داشته‌اند.

امروز بیمارستان نور شهریار با تکیه بر تجربه یک دهه گذشته و با بهره‌گیری از دانش نیروی انسانی متخصص، همچنان در مسیر توسعه خدمات، ارتقای کیفیت مراقبت‌های سلامت و همچنین ارائه خدمات درمانی شایسته گام برمی‌دارد؛ مسیری که با اعتماد مردم آغاز شده و با تلاش خانواده بزرگ بیمارستان ادامه خواهد داشت.



حضور فعال بیمارستان نور شهریار در هشتمین کنگره یوروانکولوژی

بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی نور شهریار با هدف توسعه تعاملات علمی، معرفی ظرفیت‌های تخصصی و فوق تخصصی و گسترش شبکه همکاری با جامعه پزشکی کشور، در هشتمین کنگره یوروانکولوژی حضور فعال داشت. این کنگره با حضور جمع گسترده‌ای از متخصصان و صاحب‌نظران حوزه‌های اورولوژی، اندیورولوژی، یوروانکولوژی، رادیوانکولوژی و هماتوانکولوژی برگزار شد و فرصت مناسبی برای تبادل دانش و تجربه، آشنایی با رویکردهای نوین تشخیصی و درمانی و معرفی امکانات و خدمات بیمارستان نور شهریار فراهم آورد.

غرفه بیمارستان طی روزهای برگزاری کنگره با استقبال قابل توجه پزشکان و متخصصان مواجه شد و در جریان این تعاملات، حدود ۱۰۰ نفر از پزشکان رشته‌های مرتبط، آمادگی و تمایل خود را برای آغاز یا توسعه همکاری با بیمارستان اعلام کردند. حضور پزشکانی از شهرها و استان‌های مختلف کشور نیز زمینه ارزشمندی برای توسعه شبکه ارجاع بیماران و ارائه خدمات تخصصی و فوق تخصصی بیمارستان در سطحی فراتر از منطقه جغرافیایی غرب استان تهران ایجاد کرد.

حضور در این رویداد علمی، بخشی از رویکرد بیمارستان نور شهریار در مسیر توسعه علمی، تقویت ارتباط با جامعه پزشکی، گسترش همکاری‌های تخصصی و تثبیت برند بیمارستان در سطح ملی است؛ مسیری که با پیگیری ارتباطات شکل گرفته در کنگره و تبدیل آن‌ها به همکاری‌های علمی و درمانی پایدار ادامه خواهد یافت.



حضور پررنگ بیمارستان نور شهریار در IPH ۲۰۲۶

معرفی «بیمارستان نسل پنجم» برای نخستین بار توسط بیمارستان نور شهریار؛ تأکید رئیس کل سازمان نظام پزشکی بر واگذاری گردشگری سلامت به بخش خصوصی

پنجمین همایش و نمایشگاه بین‌المللی بیمارستان‌ها و مراکز درمانی خصوصی و دولتی، IPH ۲۰۲۶، با حضور مدیران، متخصصان و فعالان حوزه سلامت از ایران و سایر کشورها برگزار شد؛ رویدادی تخصصی که بستری مناسب برای معرفی ظرفیت‌های درمانی، توسعه همکاری‌های بین‌المللی، تبادل تجربه و گسترش گردشگری سلامت فراهم کرد.

در این همایش، بیمارستان نور شهریار با حضوری فعال و هدفمند، بخشی از توانمندی‌ها و ظرفیت‌های تخصصی و فوق تخصصی خود را به مخاطبان و فعالان حوزه سلامت معرفی کرد. این حضور، فرصت مناسبی برای ایجاد ارتباطات تازه، توسعه تعامل با مجموعه‌های درمانی و فعالان گردشگری سلامت و معرفی توانمندی‌های بیمارستان در سطح بین‌المللی بود.



در این دوره از همایش، دکتر محمد رئیس‌زاده، رئیس کل سازمان نظام پزشکی نیز به‌عنوان مهمان ویژه حضور داشت. وی در سخنان خود با تأکید بر ظرفیت‌های قابل توجه کشور در حوزه گردشگری سلامت، نقش بخش خصوصی را در توسعه این عرصه تعیین‌کننده دانست و در سخنانی خطاب به رئیس‌جمهور محترم بر واگذاری اجرای فعالیت‌های گردشگری سلامت به بخش خصوصی توانمند تأکید کرد؛ رویکردی که بر اساس آن، دولت به‌جای تصدی‌گری، مسئولیت سیاست‌گذاری، تنظیم‌گری، تسهیلگری و نظارت را بر عهده داشته باشد. این دیدگاه، اهمیت حضور و نقش‌آفرینی مراکز درمانی خصوصی توانمند از جمله بیمارستان نور شهریار را در توسعه این حوزه، بیش از پیش برجسته می‌کند.



در بخش دیگری از این همایش، جناب آقای بختی زاده، عضو هیئت مؤسس بیمارستان نور شهریار، در سخنرانی خود، برای نخستین بار، به معرفی «بیمارستان نسل پنجم» پرداخت. وی بیمارستان نسل پنجم را مجموعه‌ای فراتر از یک مرکز درمانی دانست که در آن درمان، فناوری، تجربه بیمار و ارتباطات بین المللی در قالب یک اکوسیستم یکپارچه در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند و تأکید کرد که بیمارستان آینده باید متناسب با مسیر و نیازهای بیمار شکل بگیرد و علاوه بر درمان، در ایجاد اعتماد و ارتباط نیز نقش‌آفرین باشد.



در بخش دیگری از همایش سرکار خانم دکتر معصومه نوری متخصص رادیوانکولوژی با معرفی کامل تجهیزات مدرن و بروز دپارتمان رادیوتراپی بیمارستان نور شهریار از حاضرین و خصوصاً میهمانان خارجی دعوت کرد بیماران نیازمند به درمان رادیوتراپی را جهت دریافت بهترین درمان ممکن به بیمارستان نور شهریار راهنمایی کنند.

بیمارستان نور شهریار با بهره‌مندی از کادر درمانی متخصص، تجهیزات و فناوری‌های روز پزشکی و ارائه مجموعه‌ای متنوع از خدمات تخصصی و فوق تخصصی، ظرفیت قابل توجهی برای پذیرش و ارائه خدمات درمانی به بیماران بین‌المللی دارد. در همین راستا، توسعه گردشگری سلامت و جذب بیماران بین‌المللی یکی از زمینه‌های مهمی است که می‌تواند نقش مؤثری در گسترش فعالیت‌ها و معرفی هرچه بیشتر توانمندی‌های این مرکز درمانی ایفا کند.



حضور در IPH ۲۰۲۶ نیز در امتداد همین رویکرد توسعه‌محور شکل گرفت؛ رویکردی که در کنار ارتقای کیفیت خدمات درمانی، بر گسترش تعاملات بین‌المللی، معرفی ظرفیت‌های پزشکی و درمانی و حضور پررنگ‌تر در بازار گردشگری سلامت تأکید دارد.

حضور مؤثر بیمارستان نور شهریار در این رویداد، بار دیگر نشان داد که این مجموعه با نگاهی رو به آینده، در مسیر توسعه خدمات در حوزه درمان و گردشگری سلامت گام برمی‌دارد.

بیمارستان نسل پنجم؛ تحول در طراحی، مدیریت و تجربه درمان

دکتر محمود کرباسفروشان، متخصص بیهوشی و مراقبت های ویژه

بیمارستان‌ها همواره یکی از مهم‌ترین عناصر نظام سلامت بوده‌اند و شکل و عملکرد آنها متناسب با تغییرات علمی، اجتماعی و فناوری در طول زمان تغییر کرده است. در گذشته، طراحی بیمارستان‌ها عمدتاً بر اساس تفکیک بخش‌های تخصصی، استقرار واحدهای درمانی و مدیریت منابع فیزیکی انجام می‌شد. در این مدل، هر بخش وظایف مشخصی داشت و بیمار برای دریافت خدمات مختلف باید میان بخش‌های گوناگون حرکت می‌کرد. اگرچه این رویکرد در دوره‌ای توانست پاسخگوی نیازهای نظام درمان باشد، اما افزایش بیماری‌های مزمن، پیچیده‌تر شدن فرآیندهای درمانی، رشد تکنولوژی و فناوری‌های حوزه سلامت و افزایش انتظارات بیماران نشان داد که مدل‌های سنتی دیگر به‌تنهایی کافی نیستند.

در سال‌های اخیر، مفهوم جدیدی در طراحی و اداره مراکز درمانی مطرح شده است که از آن با عنوان «بیمارستان نسل پنجم» (Fifth Generation Hospital) یاد می‌شود. این مدل را می‌توان رویکردی نوین برای سازماندهی بیمارستان دانست که در آن، تمام اجزای مجموعه بر اساس مسیر درمان بیمار، یکپارچگی خدمات، بهره‌وری منابع و تجربه بیمار طراحی می‌شوند. در واقع، بیمارستان نسل پنجم تنها یک ساختمان پیشرفته یا مجموعه‌ای از فناوری‌های جدید نیست؛ بلکه یک تغییر اساسی در مدل عملیاتی و مدیریتی بیمارستان محسوب می‌شود.

این رویکرد با دیدگاه‌های جدید در نظام سلامت نیز هم‌راستا است؛ دیدگاه‌هایی که بر حرکت از سیستم‌های مبتنی بر بیماری و سازمان‌های درمانی به سمت سیستم‌های مبتنی بر انسان و نیازهای واقعی افراد تأکید دارند. سازمان جهانی بهداشت نیز در چارچوب مراقبت‌های یکپارچه و انسان‌محور، بر ضرورت طراحی خدمات سلامت حول نیازهای افراد، هماهنگی میان ارائه‌دهندگان خدمت و کاهش پراکندگی مراقبت تأکید کرده است.

از بیمارستان بخش‌محور تا بیمارستان مسیرمحور

یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های بیمارستان نسل پنجم، تغییر زاویه نگاه از «بخش‌های بیمارستان» به «مسیر بیمار» است. در مدل سنتی، بیمار معمولاً مجبور است برای دریافت خدمات مورد نیاز خود، مسیر پیچیده‌ای را طی کند؛ ابتدا به یک پزشک مراجعه کند، سپس برای آزمایش، تصویربرداری یا دریافت نظر سایر متخصصان به بخش‌های مختلف مراجعه نماید. در این شرایط، بیمار در عمل خود را با ساختار بیمارستان تطبیق می‌دهد. اما در مدل نسل پنجم، این رابطه تغییر می‌کند. ساختار بیمارستان باید بر اساس مسیر درمان بیمار شکل بگیرد؛ یعنی این بیمارستان است که خود را با نیاز بیمار هماهنگ می‌کند. به عبارت دیگر، بیمار نباید برای پیدا کردن مسیر درمان در میان پیچیدگی‌های سازمانی بیمارستان تلاش کند، بلکه خدمات باید حول نیازها و مراحل درمان او سازماندهی شوند.

این تغییر باعث حرکت از مدل «Hospital Based-Department» به سمت مدل «Pathway/Disease Based Hospital» می‌شود. در این مدل، به جای آنکه هر بخش به صورت مستقل و جداگانه فعالیت کند، مجموعه‌ای از خدمات مرتبط با یک بیماری یا مسیر درمانی مشخص در کنار یکدیگر قرار می‌گیرند. برای مثال، بیمار مبتلا به سرطان ممکن است به خدمات جراحی، آنکولوژی، رادیولوژی، آزمایشگاه و تصویربرداری نیاز داشته باشد. در یک بیمارستان سنتی، این خدمات ممکن است در نقاط مختلف و بدون هماهنگی کامل ارائه شوند؛ اما در بیمارستان نسل پنجم تلاش می‌شود این خدمات در قالب یک مسیر مشخص و هماهنگ ارائه شوند تا بیمار زمان کمتر، جابه‌جایی کمتر و تجربه ساده‌تری داشته باشد.

تیم‌های چند تخصصی؛ قلب همکاری درمانی

پیچیدگی بیماری‌های امروزی باعث شده است که تصمیم‌گیری درمانی دیگر تنها بر عهده یک پزشک یا یک تخصص خاص نباشد. بیمارستان نسل پنجم بر اهمیت تشکیل تیم‌های چند تخصصی تأکید دارد؛ تیم‌هایی که در آنها پزشکان، پرستاران، متخصصان توانبخشی، داروسازان و سایر اعضای کادر درمان بر اساس یک پرونده مشترک و برنامه درمانی هماهنگ فعالیت می‌کنند.

در این مدل، تصمیم‌های درمانی به صورت جزیره‌ای گرفته نمی‌شوند، بلکه اعضای تیم با اشتراک اطلاعات و دیدگاه‌های تخصصی خود، به یک برنامه جامع‌تر برای بیمار می‌رسند. نتیجه این همکاری می‌تواند کاهش دوباره کاری، کوتاه شدن زمان تصمیم‌گیری، کاهش خطاهای ناشی از نبود هماهنگی و بهبود نتایج درمانی باشد.

پژوهش‌های حوزه مراقبت تیم‌محور نیز نشان داده‌اند که همکاری میان متخصصان و ایجاد ساختارهای هماهنگ می‌تواند به افزایش کیفیت مراقبت و رضایت بیماران کمک کند. به همین دلیل، بیمارستان نسل پنجم بیش از آنکه به عملکرد جداگانه افراد متکی باشد، بر همکاری سازمان‌یافته تیم درمان تکیه دارد.

مدیریت هوشمند منابع و افزایش بهره‌وری

یکی دیگر از پایه‌های مهم بیمارستان نسل پنجم، مدیریت بهینه منابع است. در این مدل، فضاها، تجهیزات و برخی ظرفیت‌های نیروی انسانی می‌توانند به صورت اشتراکی مدیریت شوند. هدف از این کار صرفاً کاهش هزینه‌ها نیست، بلکه افزایش استفاده مؤثر از منابع و جلوگیری از سرمایه‌گذاری‌های تکراری است.

در بیمارستان‌های بزرگ، یکی از چالش‌های اصلی، وجود تجهیزات یا فضاهایی است که در برخی ساعات یا دوره‌ها استفاده کامل ندارند، در حالی که بخش‌های دیگر ممکن است با کمبود ظرفیت مواجه باشند. مدل نسل پنجم تلاش می‌کند با مدیریت یکپارچه، این عدم تعادل را کاهش دهد. همچنین در این مدل، جریان حرکت بیماران، همراهان، کارکنان، دارو، تجهیزات، نمونه‌های آزمایشگاهی و خدمات پشتیبانی به گونه‌ای طراحی می‌شود که کمترین تداخل را داشته باشند. هدف، ایجاد محیطی روان‌تر و کاهش مسیرهای غیرضروری در داخل بیمارستان است.

فناوری و نقش بیمارستان هوشمند

فناوری یکی از عناصر کلیدی بیمارستان نسل پنجم است. این بیمارستان‌ها معمولاً از زیرساخت‌های هوشمند مانند پرونده الکترونیک سلامت، هوش مصنوعی، اینترنت اشیا، پزشکی از راه دور و سامانه‌های مسیریابی بیمار استفاده می‌کنند. با این حال، فناوری در این مدل هدف نهایی نیست؛ بلکه ابزاری برای بهبود هماهنگی، تصمیم‌گیری و تجربه بیمار است. برای مثال، پرونده الکترونیک یکپارچه می‌تواند باعث شود اعضای تیم درمان به اطلاعات کامل‌تر و به‌روزتری دسترسی داشته باشند.

سازمان جهانی بهداشت نیز بر نقش فناوری‌های دیجیتال در افزایش دسترسی، کیفیت و کارایی خدمات سلامت تأکید کرده است، اما هم‌زمان یادآور می‌شود که فناوری زمانی ارزشمند است که در خدمت نیازهای واقعی نظام سلامت و مردم قرار گیرد.

معماری انعطاف‌پذیر برای آینده

یکی از ضعف‌های بیمارستان‌های سنتی، دشواری تغییر آنها پس از ساخت است. تغییر الگوهای بیماری، ظهور فناوری‌های جدید یا نیازهای متفاوت جامعه ممکن است باعث شود یک بیمارستان قدیمی پس از چند سال با محدودیت‌های جدی مواجه شود. در بیمارستان نسل پنجم، فضاها و زیرساخت‌ها باید انعطاف‌پذیر و قابل تطبیق باشند. به این معنا که امکان توسعه بخش‌ها، تغییر کاربری فضاها، اضافه کردن تجهیزات جدید و تنظیم ظرفیت‌ها در طول زمان وجود داشته باشد. چنین رویکردی باعث می‌شود بیمارستان به عنوان یک سرمایه بلندمدت، توانایی پاسخگویی به تغییرات آینده را داشته باشد و تنها به نیازهای زمان ساخت خود محدود نشود.

تجربه بیمار؛ معیار جدید کیفیت

در بیمارستان نسل پنجم، تجربه بیمار یکی از شاخص‌های مهم ارزیابی عملکرد محسوب می‌شود. این مفهوم تنها به زیبایی محیط یا امکانات رفاهی محدود نیست، بلکه مجموعه‌ای از عوامل مانند مسیر قابل فهم، حفظ حریم خصوصی، کاهش سروصدا، نور طبیعی، فضای مناسب برای همراهان، دسترسی آسان و کاهش زمان انتظار را شامل می‌شود. محیط درمانی می‌تواند بر احساس امنیت، آرامش و همکاری بیمار با تیم درمان تأثیر بگذارد؛ بنابراین، بیمارستان آینده باید علاوه بر درمان بیماری، به تجربه انسانی فرد در طول فرآیند درمان نیز توجه کند.

جمع‌بندی

بیمارستان نسل پنجم را باید فراتر از یک ساختمان مدرن یا بیمارستان دیجیتال دانست. این مفهوم در حقیقت بازطراحی مدل عملکرد بیمارستان بر اساس نیازهای بیمار است. در این رویکرد، طراحی فضا، مدیریت منابع، فناوری، همکاری تیم درمان و تجربه بیمار در یک مسیر مشترک قرار می‌گیرند.

هدف نهایی این مدل، ایجاد بیمارستانی بیمارمحورتر، یکپارچه‌تر، سریع‌تر، منعطف‌تر و کارآمدتر است. در بیمارستان نسل پنجم، بیمار دیگر مجبور نیست خود را با ساختار پیچیده بیمارستان هماهنگ کند؛ بلکه ساختار، فرآیندها و منابع بیمارستان باید با مسیر درمان و نیازهای واقعی بیمار هماهنگ شوند.

منابع

- Aboumatar, H. J., et al. (2015). Promising practices for achieving patient-centered hospital care: A national study of high-performing US hospitals. *Medical Care*, 53(9), 758–767.
- Braam, A., et al. (2024). Multidisciplinary collaboration in hospitals via patient- and process-oriented units: A longitudinal study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 17, 3213–3226.
- Will, K. K., Johnson, M. L., & Lamb, G. (2019). Team-based care and patient satisfaction in the hospital setting: A systematic review. *Journal of Patient-Centered Research and Reviews*, 6(2), 158–171.
- World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services.
- World Health Organization. Digital Health Strategy and Digital Health Frameworks

بهره‌برداری از بخش IVF بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی نور شهریار

بخش IVF بیمارستان نور شهریار با هدف توسعه خدمات تخصصی درمان ناباروری و ارائه خدمات مدرن و به‌روز به زوجین، به بهره‌برداری رسید.

این بخش با بهره‌گیری از تجهیزات و امکانات پیشرفته و مطابق با استانداردهای روز طراحی و تجهیز شده است تا زوج‌هایی که در مسیر درمان ناباروری قرار دارند، بتوانند از خدمات تخصصی در محیطی مجهز و مناسب بهره‌مند شوند. تجهیزات و امکانات بخش IVF بیمارستان نور شهریار با هدف افزایش دقت در روند درمان، کاهش خطاها و ارتقای کیفیت خدمات در نظر گرفته شده‌اند و به‌طور مستمر، متناسب با پیشرفت‌های علمی و فناوری حوزه پزشکی به‌روز می‌شوند. در کنار تجهیزات پیشرفته، حضور پزشکان متخصص در زمینه نازایی و ناباروری و همچنین پرستاران و کارکنان مجرب، از دیگر ظرفیت‌های این بخش به شمار می‌رود. تیم درمان با بهره‌گیری از دانش تخصصی، تجربه و روش‌های نوین پزشکی، خدمات مورد نیاز مراجعان را ارائه خواهد کرد.

بهره‌برداری از بخش IVF بیمارستان نور شهریار در راستای ارتقای کیفیت خدمات درمانی، توسعه امکانات تخصصی و افزایش رفاه بیماران انجام شده است. این بیمارستان با استفاده از تجهیزات پیشرفته، دستاوردهای روز پزشکی و حضور کادر درمان متخصص، در مسیر گسترش خدمات مورد نیاز بیماران و مراجعان گام برمی‌دارد.



دپارتمان فوق تخصصی چشم پزشکی بیمارستان نور شهریار افتتاح شد

توسعه خدمات تشخیصی، درمانی و جراحی چشم با حضور پزشکان متخصص و فوق تخصص و بهره‌گیری از تجهیزات پیشرفته

دپارتمان فوق تخصصی چشم پزشکی بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی نور شهریار با هدف توسعه خدمات تخصصی و فوق تخصصی در حوزه سلامت بینایی، افتتاح و به بهره‌برداری رسید. این دپارتمان با بهره‌گیری از تجهیزات پیشرفته و حضور پزشکان متخصص و فوق تخصص، آماده ارائه مجموعه‌ای از خدمات تشخیصی، درمانی و جراحی در حوزه بیماری‌ها و مشکلات چشمی است.

راه‌اندازی این بخش، ظرفیت تازه‌ای به خدمات تخصصی بیمارستان نور شهریار افزوده و امکان ارائه خدمات متنوع چشم پزشکی را در یک مجموعه مجهز فراهم کرده است. در این دپارتمان، مراجعان می‌توانند بر اساس نیاز درمانی خود از خدمات تخصصی و فوق تخصصی و همچنین امکانات تشخیصی و جراحی بهره‌مند شوند.

از محورهای فعالیت این دپارتمان، ارائه خدمات فوق تخصصی در زمینه استرابیسم یا انحراف چشم، بیماری‌های شبکیه به‌ویژه در بیماران دیابتی و گلوکوم یا آب سیاه است. حضور پزشکان متخصص و فوق تخصص در این حوزه‌ها، امکان بررسی و پیگیری تخصصی بیماران را در کنار سایر خدمات چشم پزشکی فراهم کرده است.

جراحی‌های پیشرفته چشم، درمان آب مروارید، خدمات تخصصی شبکیه و قرنیه، کاتاراکت و بلفاروپلاستی از جمله دیگر خدمات این دپارتمان به شمار می‌رود. همچنین، خدمات لیزیک، لازک و فمتولیزیک نیز به‌زودی به مجموعه خدمات این بخش افزوده خواهد شد.

تجهیز و راه‌اندازی این دپارتمان با تمرکز بر استفاده از فناوری‌ها و تجهیزات پیشرفته انجام شده است تا خدمات مورد نیاز بیماران در حوزه تشخیص، درمان و جراحی بیماری‌های چشم با کیفیت مناسب ارائه شود. فراهم شدن این امکانات در کنار حضور کادر پزشکی متخصص و فوق تخصص، از مهم‌ترین ظرفیت‌های بخش جدید چشم پزشکی بیمارستان نور شهریار محسوب می‌شود.

افتتاح دپارتمان فوق تخصصی چشم پزشکی را می‌توان گامی دیگر در مسیر گسترش خدمات تخصصی بیمارستان نور شهریار دانست؛ بخشی که با تمرکز بر سلامت بینایی، ارائه خدمات متنوع چشم پزشکی و توسعه امکانات درمانی، فعالیت خود را آغاز کرده است.



همه چیز در مورد سنگ شکن برون اندامی

دکتر جلال سلیمان فلاح، متخصص بیماری های کلیه و مجاری ادراری (اورولوژیست)

سنگ های دستگاه ادراری از شایع ترین بیماری های اورولوژیک هستند و انتخاب روش درمانی مناسب به عواملی همچون اندازه و محل سنگ، تعداد سنگ ها، تراکم و ترکیب سنگ، وضعیت آناتومیک سیستم ادراری، عملکرد کلیه، وجود عفونت و شرایط عمومی بیمار بستگی دارد. امروزه سه روش اصلی مداخله ای برای درمان بسیاری از سنگ های کلیه و حالب شامل سنگ شکنی برون اندامی با امواج شوک (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy; ESWL/SWL)، یورتروسکوپی و سنگ شکنی داخل مجرای (TUL/URS) و نفرولیتوتومی از راه پوست (PCNL) هستند. انتخاب میان این روش ها باید بر اساس ارزیابی فرد محور و با در نظر گرفتن احتمال دستیابی به وضعیت بدون سنگ (Stone-Free Status)، میزان عوارض و نیاز احتمالی به درمان های تکمیلی انجام شود.

چيست ESWL؟

در روش ESWL، امواج شوک خارج از بدن با استفاده از سیستم های تصویربرداری و هدف گیری دقیق، بر روی سنگ متمرکز می شوند. انرژی امواج باعث ایجاد ترک و خردشدگی سنگ شده و قطعات حاصل معمولاً به صورت طبیعی از طریق سیستم ادراری دفع می شوند. این روش بدون ایجاد برش پوستی و بدون ورود مستقیم ابزار به سیستم ادراری انجام می شود و در بیماران مناسب، یکی از کم تهاجمی ترین گزینه های درمانی برای سنگ های کلیه و حالب محسوب می شود. موفقیت ESWL به عواملی مانند اندازه و محل سنگ، تراکم سنگ در CT بدون کنتراست، فاصله پوست تا سنگ، آناتومی سیستم جمع کننده ادرار و قابلیت دفع قطعات سنگ بستگی دارد. سنگ هایی با تراکم بالا، به ویژه سنگ هایی با تراکم بیش از حدود ۱۰۰۰ واحد هانسفیلد (HU)، معمولاً پاسخ ضعیف تری به ESWL دارند. همچنین سنگ هایی با ترکیب هایی مانند کلسیم اگزالات مونوهیدرات، براشیت و سیستین می توانند مقاومت بیشتری در برابر خرد شدن داشته باشند.

انديکاسيون های ESWL

ESWL در بیمارانی که شرایط مناسب برای درمان غیر تهاجمی یا کم تهاجمی دارند، می تواند گزینه ای مؤثر باشد. مهم ترین مواردی که می توان ESWL را در نظر گرفت، عبارتند از:

- سنگ های کلیه با اندازه و محل مناسب، به ویژه سنگ های کوچک تا متوسط که احتمال خرد شدن و دفع قطعات آن ها مناسب باشد.
 - برخی سنگ های کاليس کلیه، به خصوص در صورت اندازه مناسب و نبود عوامل پیش بینی کننده شکست درمان.
 - سنگ های لگنچه کلیه در اندازه های مناسب، با توجه به آناتومی سیستم جمع کننده.
 - برخی سنگ های حالب، به ویژه در شرایطی که احتمال موفقیت ESWL بالا باشد.
 - بیمارانی که تمایل به اجتناب از روش های داخل مجرای یا جراحی دارند و از نظر بالینی کاندید مناسب ESWL هستند.
 - بیمارانی که خطر بیهوشی عمومی یا عوارض روش های تهاجمی تر در آن ها اهمیت بیشتری دارد؛ البته تصمیم نهایی باید با ارزیابی متخصص اورولوژی و متخصص بیهوشی اتخاذ شود.
- در انتخاب بیمار برای ESWL، علاوه بر اندازه و محل سنگ، باید عواملی مانند تراکم سنگ در CT، فاصله پوست تا سنگ، آناتومی کلیه و وجود انسداد یا عفونت نیز مورد توجه قرار گیرد. در سنگ های بزرگ تر، به ویژه سنگ های بیش از ۲۰ میلی متر، PCNL معمولاً روش ترجیحی است؛ زیرا ESWL در این بیماران اغلب به جلسات متعدد نیاز دارد و خطر انسداد ناشی از تجمع قطعات سنگ یا «Steinstrasse» افزایش می یابد.

موارد منع مصرف و محدودیت های ESWL

- موارد منع مصرف یا محدودیت های مهم ESWL شامل موارد زیر است:
۱. بارداری: ESWL در دوران بارداری، به دلیل احتمال آسیب به جنین، ممنوع است.
 ۲. اختلالات انعقادی اصلاح نشده: اختلالات انعقادی باید پیش از درمان اصلاح شوند. همچنین مصرف داروهای ضد انعقاد و ضد پلاکت باید با توجه به خطر ترومبوآمبولی و خونریزی و با هماهنگی پزشک مربوطه مدیریت شود.
 ۳. عفونت ادراری کنترل نشده: در صورت وجود عفونت فعال و درمان نشده، ابتدا باید عفونت کنترل شود؛ زیرا انسداد ناشی از قطعات سنگ در حضور عفونت می تواند خطر عوارض شدید عفونی را افزایش دهد.
 ۴. انسداد آناتومیک یا عملکردی در مسیر پایین تر از سنگ: در صورتی که قطعات سنگ امکان دفع مناسب نداشته باشند، ESWL ممکن است با شکست درمان یا عوارض انسدادی همراه شود.
 ۵. ناهنجاری های شدید اسکلتی یا چاقی شدید: در صورتی که امکان قرار دادن و هدف گیری دقیق سنگ با دستگاه وجود نداشته باشد، اثربخشی ESWL کاهش می یابد.
 ۶. آنوریسم شریانی در مجاورت سنگ: وجود آنوریسم نزدیک مسیر امواج شوک می تواند خطر عوارض عروقی را افزایش دهد.
 ۷. برخی سنگ های بسیار متراکم یا مقاوم: سنگ هایی با تراکم بالا در CT یا ترکیبات سخت، احتمال موفقیت پایین تری دارند و ممکن است روش های آندوسکوپی یا PCNL مناسب تر باشند.

بنابراین، «منع مصرف» باید از «پیش‌بینی‌کننده شکست درمان» تفکیک شود؛ برای مثال، تراکم بالای سنگ لزوماً در همه بیماران منع مطلق ESWL نیست، اما احتمال موفقیت پایین‌تر و نیاز به درمان تکمیلی را افزایش می‌دهد.

مقایسه ESWL با TUL/URS

در روش TUL یا URS، یورتروسکوپ به‌صورت رتروگراد از طریق مجرای ادرار و مثانه وارد حالب شده و سنگ با استفاده از ابزارهای مناسب، معمولاً لیزر هولمیوم یا سایر سیستم‌های لیتوتریپسی، خرد یا خارج می‌شود.

– مزایای ESWL نسبت به TUL/URS

- عدم نیاز به ورود مستقیم ابزار به حالب یا کلیه.
- عدم نیاز به ایجاد برش پوستی.
- تهاجم کمتر به سیستم ادراری.
- معمولاً امکان انجام به‌صورت سرپایی.
- دوره نقاهت کوتاه‌تر در بسیاری از بیماران.
- احتمال کمتر آسیب مستقیم به حالب، در مقایسه با روش‌های آندوسکوپی.
- در بیماران منتخب، می‌تواند با بی‌حسی و آرام‌بخشی یا آنالژزی مناسب انجام شود و در بسیاری از موارد، نیاز به بیهوشی عمومی وجود ندارد.
- معمولاً بازگشت سریع‌تر به فعالیت‌های روزمره.



– محدودیت‌های ESWL نسبت به TUL/URS

- احتمال نیاز به بیش از یک جلسه درمان.
 - احتمال باقی‌ماندن قطعات سنگ و نیاز به مداخلات تکمیلی.
 - کاهش موفقیت در سنگ‌های متراکم، سخت، بزرگ یا دارای شرایط آناتومیک نامناسب.
 - احتمال ایجاد «Steinstrasse» و انسداد حالب به‌دنبال تجمع قطعات سنگ.
 - وابستگی بیشتر موفقیت درمان به اندازه، محل و جنس سنگ.
 - در برخی شرایط، احتمال دستیابی به وضعیت بدون سنگ در یک جلسه کمتر از URS است.
- در مقابل، URS معمولاً امکان دستیابی سریع‌تر و قابل‌پیش‌بینی‌تر به وضعیت بدون سنگ را فراهم می‌کند، اما یک روش داخل‌مجرای است و ممکن است نیاز به بیهوشی، استنت حالبی موقت و مراقبت‌های پس از عمل داشته باشد. همچنین خطر آسیب حالب، عفونت و سایر عوارض مرتبط با اقدامات آندوسکوپی وجود دارد.

مقایسه ESWL با PCNL

PCNL یک روش جراحی کم‌تهاجمی، اما تهاجمی‌تر از ESWL است که از طریق ایجاد یک مسیر مستقیم از پوست به سیستم جمع‌کننده کلیه انجام می‌شود. این روش به‌طور معمول برای سنگ‌های بزرگ، سنگ‌های شاخ‌گوزنی و سنگ‌های پیچیده یا متعدد کاربرد ویژه‌ای دارد.

- مزایای ESWL نسبت به PCNL

- عدم نیاز به ایجاد مسیر از پوست به کلیه.
- عدم نیاز به سوراخ کردن سیستم جمع کننده کلیه.
- عدم وجود زخم پوستی ناشی از دسترسی پرکوتانئوس.
- خطر خونریزی کمتر نسبت به PCNL.
- معمولاً بستری کوتاه‌تر یا امکان انجام به صورت سرپایی.
- دوره نقاهت کوتاه‌تر.
- بازگشت سریع‌تر به فعالیت‌های روزمره.
- مناسب‌تر برای بسیاری از سنگ‌های کوچک‌تر و متوسط که احتمال موفقیت ESWL در آن‌ها بالاست.

- محدودیت‌های ESWL نسبت به PCNL

- در سنگ‌های بزرگ، به‌ویژه سنگ‌های بیش از ۲۰ میلی‌متر، معمولاً اثربخشی پایین‌تری دارد و به جلسات متعدد نیاز دارد.
 - احتمال باقی ماندن قطعات سنگ بیشتر است.
 - خطر ایجاد «Steinstrasse» و انسداد ناشی از قطعات خرد شده افزایش می‌یابد.
 - در سنگ‌های پیچیده و شاخ‌گوزنی، معمولاً انتخاب مناسبی نیست.
 - زمان رسیدن به وضعیت بدون سنگ ممکن است طولانی‌تر باشد.
- PCNL در درمان سنگ‌های بزرگ‌تر از ۲۰ میلی‌متر، به‌ویژه سنگ‌های شاخ‌گوزنی و سنگ‌های پیچیده، معمولاً روش ارجح است و نسبت به ESWL احتمال دستیابی به وضعیت بدون سنگ بالاتری دارد؛ در مقابل، PCNL با خطر بیشتر خونریزی، نیاز به بستری و دوره نقاهت طولانی‌تر همراه است.

دوره نقاهت پس از ESWL

یکی از مزایای اصلی ESWL، کوتاه بودن دوره نقاهت است. در بسیاری از بیماران، ترخیص در همان روز انجام می‌شود و فرد می‌تواند پس از برطرف شدن اثر داروهای آرام‌بخش یا بیهوشی، با همراه به منزل بازگردد. بیمار ممکن است در روزهای پس از درمان دچار درد خفیف تا متوسط، کولیک کلیوی ناشی از عبور قطعات سنگ، سوزش ادرار یا هماچوری گذرا شود. دفع قطعات سنگ ممکن است طی چند روز تا چند هفته ادامه پیدا کند و مدت آن به اندازه و تعداد قطعات، محل سنگ و وضعیت سیستم ادراری بستگی دارد. در اغلب بیماران، فعالیت‌های سبک روزانه در مدت کوتاهی از سر گرفته می‌شود؛ با این حال، زمان بازگشت به فعالیت‌های سنگین یا ورزشی باید بر اساس شرایط فردی و نظر پزشک تعیین شود. مصرف مایعات کافی، در صورت نداشتن محدودیت پزشکی، و پیگیری تصویربرداری برای ارزیابی باقی ماندن قطعات سنگ اهمیت دارد. در صورت بروز تب و لرز، درد شدید و مداوم، کاهش یا قطع دفع ادرار، خونریزی قابل توجه یا علائم عفونت، بیمار باید فوراً تحت ارزیابی پزشکی قرار گیرد.

کنترل درد، آرام‌بخشی و Sedation در ESWL

ESWL می‌تواند با درجات متفاوتی از ناراحتی یا درد همراه باشد. میزان درد به عوامل متعددی، از جمله انرژی امواج، محل و عمق سنگ، تعداد شات‌ها، ویژگی‌های فردی بیمار و نوع دستگاه، بستگی دارد. برای کنترل درد و افزایش تحمل بیمار، روش‌های مختلفی قابل استفاده است که بر اساس شرایط بیمار و پروتکل مرکز درمانی انتخاب می‌شوند:

- داروهای ضد درد و NSAID ها در بیماران مناسب.
 - اپیوئیدهای کوتاه‌اثر در صورت نیاز.
 - آرام‌بخشی و آنالژزی وریدی (Conscious Sedation/Procedural Sedation)
 - در برخی بیماران یا شرایط خاص، بیهوشی عمومی یا بی‌حسی منطقه‌ای.
- هدف از کنترل درد، ایجاد شرایطی است که بیمار بتواند در طول درمان همکاری مناسبی داشته باشد و در عین حال، شدت درد و اضطراب کاهش یابد. انتخاب نوع Sedation باید با توجه به وضعیت عمومی بیمار، بیماری‌های همراه، داروهای مصرفی و ارزیابی متخصص بیهوشی انجام شود. در دستگاه‌های مدرن، امکان تنظیم انرژی و فرکانس امواج و استفاده از پروتکل‌های تدریجی می‌تواند به بهبود تحمل بیمار کمک کند. با این حال، نیاز به Sedation یا بیهوشی به نوع دستگاه، تکنیک درمان و شرایط بیمار وابسته است و نمی‌توان یک روش ثابت را برای همه بیماران توصیه کرد.

سلول های داوینچی

دکتر نساء محمدعلیزاده، متخصص آسیب شناسی (پاتولوژیست)

شاید بسیاری از شما تصاویر لام های پاتولوژی را در کتاب ها، مقالات یا فضای مجازی دیده باشید و در نگاه اول باور نکنید که این ها تصاویری از بافت های بدن انسان هستند. ترکیب رنگ های صورتی، بنفش، آبی، قرمز و گاهی قهوه ای، در کنار نقش ها و الگوهای چشم نواز، بیشتر به یک تابلوی نقاشی مدرن شباهت دارند تا یک تصویر پزشکی؛ آثاری که آن قدر زیبا هستند که اگر قاب شوند، احتمالاً کمتر کسی حدس بزند موضوع آن ها سلول ها و بافت های بدن انسان است.

این تصاویر با قلم موی یک نقاش خلق نشده اند؛ اما اگر جهان را اثری هنرمندانه بدانیم، شاید بتوان آن ها را ظریف ترین نقاشی آفرینش نامید؛ شاهکاری که بر بوم سلول ها و بافت های بدن انسان نقش بسته است.

در دنیای پاتولوژی، هر لام تنها مجموعه ای از رنگ ها و شکل ها نیست؛ روایتی است از زندگی، عملکرد طبیعی بدن، بیماری، مقاومت و گاهی بازگشت به سلامت. رنگ آمیزی هماتوکسیلین - ائوزین، با طیف آشنای صورتی و بنفش خود، معماری سلول ها و بافت ها را آشکار می کند؛ هسته ها با رنگ تیره تر خودنمایی می کنند و سیتوپلاسم و سایر اجزای سلول، تصویری چندلایه از حیات را پیش چشم می گذارند.

گاهی یک رنگ آمیزی اختصاصی چیزی را آشکار می کند که با رنگ آمیزی معمول هرگز دیده نمی شود؛ قارچی پنهان که ناگهان در میان بافت نمایان می شود، پروتئینی که با رنگ قهوه ای خود مسیر تشخیص و درمان بیمار را تغییر می دهد، یا سلول هایی که با آرایش و الگویی خاص، راز یک بیماری را فاش می کنند.

اما زیبایی دنیای میکروسکوپی تنها به رنگ ها و تکنیک های آزمایشگاهی محدود نمی شود. ذهن انسان به طور طبیعی دوست دارد در میان شکل ها و الگوهای پیرامونش، تصویرهایی آشنا پیدا کند. شاید به همین دلیل است که هنگام بازدید از یک غار، قندیل های آهکی را «اتاق عروس»، «شیر»، «عقاب» یا نام های دیگری می نامیم؛ نه به این دلیل که واقعاً چنین هستند، بلکه چون شباهتی میان آن ها و تصاویر آشنای ذهنمان می بینیم.

در پاتولوژی نیز همین اتفاق رخ می دهد. پاتولوژیست ها هنگام مشاهده الگوهای میکروسکوپی، شباهتهایی با اشیاء، حیوانات، چهره ها یا حتی شخصیت های شناخته شده تشخیص داده اند و این تشبیه ها به مرور به بخشی از زبان این علم تبدیل شده اند؛ نام هایی که علاوه بر جذابیت، یادگیری و به خاطر سپردن الگوهای بیماری را نیز آسان تر می کنند.

برای مثال، در لنفوم هوچکین، سلول رید - اشترنبرگ به دلیل داشتن دو هسته بزرگ، نمایی شبیه «چشم جغد» ایجاد می کند.

در سرطان پاپیلری تیروئید نیز هسته های سلول ها، به دلیل شفاف بودن مرکز و نحوه توزیع کروماتین، به «چشم اورفان انی» (Orphan Annie eye) معروف شده اند. اورفان انی شخصیت اصلی یک مجموعه کمیک محبوب آمریکایی بود که چشم هایش به صورت دایره هایی ساده و بدون مردمک ترسیم می شد؛ شباهتی که باعث شد این نام برای همیشه وارد واژگان پاتولوژی شود. حتی گاهی در یک مقطع عرضی از بند ناف، آرایش عروق و بافت ها تصویری شبیه یک صورتک خندان را در ذهن تداعی می کند.

این تشبیه ها تنها بازی با کلمات نیستند؛ آن ها نشان می دهند که چگونه مشاهده دقیق، تجربه، حافظه تصویری و اندکی تخیل، در کنار دانش علمی قرار می گیرند. پاتولوژیست، علاوه بر شناخت هزاران الگوی سلولی، به مرور نگاه متفاوتی پیدا می کند؛ نگاهی که می تواند در میان میلیون ها سلول، نشانه ای کوچک اما سرنوشت ساز را تشخیص دهد.

پشت هر تصویر زیبایی که زیر میکروسکوپ دیده می شود، زندگی یک انسان جریان دارد. برای پاتولوژیست، میکروسکوپ تنها یک ابزار تشخیصی نیست؛ پنجره ای است به جهانی پنهان که در آن علم و هنر در کنار هم قرار می گیرند.

پس وقتی به تصاویر میکروسکوپی نگاه می کنیم، بهتر است تنها رنگ ها و شکل ها را نبینیم. هر لام، روایتی است که در مقیاس میکرون نوشته شده؛ روایتی از حیات، بیماری، امید و درمان که تنها چشم آموزش دیده علم توان خواندن آن را دارد.



کتامین تراپی در اختلالات سایکوتیک



دکتر محمود آقابیک میرزایی، متخصص بیهوشی و مراقبت‌های ویژه

در سال‌های اخیر، علم روان‌پزشکی با معرفی روش نوینی به نام کتامین‌تراپی توانسته افق تازه‌ای در درمان این نوع افسردگی و دیگر اختلالات خلقی که به درمان‌های دیگر پاسخ نداده‌اند بگشاید. کتامین، دارویی که برای بیهوشی استفاده می‌شود، امروزه در دوزهای بسیار پایین و تحت‌نظر روانپزشک و متخصص بیهوشی برای بازسازی مسیرهای عصبی مغز و بهبود سریع خلق به کار می‌رود. اثر سریع، ایمنی بالا و توانایی آن در کاهش افکار منفی، کتامین‌تراپی را به گزینه‌ای امیدبخش برای افرادی تبدیل کرده که از درمان‌های سنتی نتیجه نگرفته‌اند. در این مقاله بررسی می‌کنیم که کتامین‌تراپی چگونه عمل می‌کند، چه مزایایی دارد و چرا امروزه به یکی از مؤثرترین روش‌های نوین درمان افسردگی تبدیل شده است.

کتامین درمانی (کتامین تراپی) چیست؟

امروزه کتامین در دوزهای بسیار پایین برای درمان برخی اختلالات روانی به‌ویژه افسردگی مقاوم به درمان به کار می‌رود. وقتی کتامین در مقدار کم و زیر نظر پزشک تزریق یا استنشاق شود، می‌تواند در مدت کوتاهی باعث بهبود خلق، کاهش احساس ناامیدی و رفع علائم افسردگی شود.

عملکرد کتامین‌تراپی به این صورت است که این دارو با مهار گیرنده‌ای در مغز به نام NMDA receptor (گیرنده این-متیل-دی-آسپارات) باعث تغییر در فعالیت سیستم گلوتامات می‌شود. گلوتامات یکی از مهم‌ترین انتقال دهنده‌های عصبی در مغز است که در تنظیم خلق، ارتباط بین نورون‌ها و انعطاف‌پذیری مغزی نقش حیاتی دارد. به بیان ساده‌تر، کتامین با بازتنظیم این مسیر عصبی، ارتباطات مغزی مختل‌شده در افسردگی را دوباره فعال می‌کند.

بر اساس پژوهشی با عنوان Ketamine treatment for depression، برخلاف داروهای رایج ضدافسردگی که معمولاً چند هفته زمان نیاز دارند تا اثر درمانی خود را نشان دهند، تزریق وریدی کتامین (با دوز حدود ۰.۵ میلی‌گرم به‌ازای هر کیلوگرم وزن بدن) می‌تواند در مدت‌زمانی کوتاه، از چند ساعت تا حداکثر دو روز، منجر به کاهش قابل‌توجه علائم افسردگی و بهبود خلق‌وخو در برخی بیماران شود.

کتامین‌تراپی امروزه تنها محدود به درمان افسردگی‌های مقاوم به دارو یا افکار خودکشی شدید نیست، بلکه به

عنوان درمانی کمکی در اختلالات مصرف مواد و افزایش اثربخشی روان‌درمانی‌ها نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد.

کاربردهای مختلف کتامین‌تراپی و سازوکار عملکرد آن در مغز

مهم‌ترین کاربرد کتامین‌تراپی، درمان افسردگی مقاوم به درمان (Treatment-Resistant Depression) است؛ حالتی که بیمار چندین نوع داروی ضدافسردگی را امتحان کرده؛ اما بهبودی حاصل نشده است.

کتامین فعالیت بخش‌هایی از مغز که در افسردگی خاموش شده‌اند؛ مانند قشر پیش‌پیشانی (ناحیه مربوط به کنترل هیجان و تصمیم‌گیری)، دوباره فعال می‌کند. نتیجه این بازتنظیم عصبی، بهبود خلق، افزایش انرژی ذهنی و کاهش احساس ناامیدی است.

در افرادی که دچار افسردگی شدید همراه با افکار خودکشی هستند، زمان اهمیت زیادی دارد. داروهای ضدافسردگی سنتی معمولاً ۲ تا ۶ هفته طول می‌کشند تا اثر بگذارند، اما کتامین می‌تواند تا حداکثر ۲۴ ساعت باعث کاهش افکار خودکشی شود.

دلیل این اثر سریع، توانایی کتامین در افزایش آزادسازی گلوتامات و فعال کردن گیرنده‌ای به نام AMPA است که به بهبود ارتباط بین نورون‌ها کمک می‌کند. این تغییر بیوشیمیایی به مغز فرصت می‌دهد تا از حالت ناامیدی عمیق خارج شود و احساس کنترل، امید و آرامش را باز یابد. به همین علت، FDA شکل اسپری بینی آن (اسکتامین) را برای درمان اضطرابی افسردگی همراه با افکار خودکشی تأیید کرده است.

کتامین‌تراپی می‌تواند در کنار روش‌های روان‌درمانی، به افرادی که با اعتیاد به الکل یا مواد مخدر دست‌وپنجه نرم می‌کنند کمک کند.

در این موارد، کتامین از دو مسیر اصلی عمل می کند:

نخست، با کاهش افسردگی و اضطراب پس از ترک، میل یا ولع مصرف (Craving) را کاهش می دهد. دوم، با تأثیر بر نواحی از مغز؛ به ویژه بخش Nucleus Accumbens، حساسیت مغز را نسبت به محرک های مرتبط با مواد پایین می آورد.

نتیجه این دو اثر، افزایش مدت زمان پرهیز از مصرف و کاهش احتمال بازگشت به اعتیاد است. با این حال، کتامین تراپی به تنهایی کافی نیست؛ این درمان باید هم زمان با روان درمانی، مشاوره و برنامه های بازتوانی انجام شود تا نتیجه ای پایدار و ایمن به همراه داشته باشد.

کتامین علاوه بر بهبود خلق، موجب افزایش انعطاف پذیری عصبی (Neuroplasticity) می شود؛ یعنی مغز راحت تر می تواند مسیرهای یادگیری جدید بسازد و الگوهای فکری ناسالم را تغییر دهد.

وقتی بیمار در دوره کتامین تراپی روحیه بهتری پیدا می کند، جلسات روان درمانی نیز عمیق تر و اثربخش تر می شوند. به همین دلیل در برخی مراکز، از ترکیب کتامین باروان درمانی (Ketamine-Assisted Psychotherapy) استفاده می شود تا نتایج درمانی پایدارتر شوند.

به همین دلیل، این روش برای افرادی که در شرایط بحرانی روحی هستند یا به داروهای قبلی پاسخ نگرفته اند، خصوصاً در موارد خطر خودکشی گزینه ای مؤثر و فوری محسوب می شود.

ارزیابی اولیه پیش از درمان

پیش از شروع درمان، روانپزشک وضعیت سلامت فرد را به طور کامل بررسی می کند. این ارزیابی شامل سابقه پزشکی، داروهای مصرفی، فشارخون، نبض، علائم جسمی و روحی و شدت افسردگی است.

هدف از این مرحله این است که اطمینان حاصل شود کتامین تراپی برای بیمار بی خطر و مناسب است و احتمال بروز عوارض جانبی به حداقل برسد.

مرحله القایی (آغاز درمان):

در این مرحله، بیمار طی چند هفته نخست چندین جلسه متوالی کتامین دریافت می کند تا اثر درمان تثبیت شود و مغز فرصت بازسازی ارتباطات عصبی را پیدا کند. این دوره نقطه شروع تأثیر کتامین بر مغز است و تعیین می کند بدن و روان فرد تا چه اندازه به درمان پاسخ می دهد و به صورت تزریق وریدی یا اسپری بینی است:

الف) تزریق وریدی کتامین:

در این روش، دارو به صورت کنترل شده از طریق ورید (سرم) تزریق می شود. دوز استاندارد معمولاً حدود ۰.۵ میلی گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن فرد است و تزریق طی حدود ۴۰ دقیقه از طریق پمپ انجام می گیرد. دوره درمان معمولاً شامل ۶ جلسه در طول ۲ تا ۳ هفته است و سپس در صورت نیاز، جلسات نگهدارنده (برای حفظ اثر درمان) با فواصل بیشتر انجام می شود.

ب) اسپری بینی اسکتامین:

در برخی بیماران، درمان با استفاده از اسپری بینی اسکتامین انجام می شود. دوز معمول این دارو ۵۶ یا ۸۴ میلی گرم است و طبق دستورالعمل FDA، در چهار هفته نخست، دو بار در هفته تجویز می شود. پس از این مرحله، بر اساس وضعیت بیمار و پاسخ درمانی، فاصله بین جلسات به صورت هفتگی یا هر دو هفته یکبار تنظیم می شود.

از آنجا که اسکتامین اثر سریع و مستقیمی بر سیستم عصبی مرکزی دارد، مصرف آن باید صرفاً در مراکز درمانی و زیر نظر متخصص بیهوشی انجام شود. بیمار پس از هر نوبت مصرف معمولاً حدود دو ساعت تحت نظر می ماند تا از بروز عوارض احتمالی مانند افزایش فشارخون، سرگیجه یا تغییرات خلقی پیشگیری شود.

مرحله نگهدارنده

پس از بهبود نسبی، جلسات با فواصل طولانی تر - معمولاً هر دو هفته یا ماهی یکبار - ادامه می یابد. هدف از این مرحله حفظ نتایج به دست آمده، جلوگیری از بازگشت علائم افسردگی و تقویت پایداری اثر درمان است.

مدت زمان و تعداد جلسات برای هر فرد متفاوت است. پزشک با در نظر گرفتن پاسخ بالینی، وضعیت روانی و جسمی بیمار، و اهداف درمانی، برنامه دقیق و شخصی سازی شده ای تنظیم می کند تا بهترین تعادل میان اثربخشی و ایمنی حاصل شود.

منابع:

- Adjunctive Ketamine with Relapse Prevention-Based Psychotherapy in Alcohol & Abuse Use 2026
- Miller Ans. 2024
- BRS behavioral science 2016

احیا نوزادان



به اقدامات مراقبتی و حمایتی احیا بدو تولد، مرتبط است. برنامه احیای نوزاد (NRP)، اولین بار در سال ۱۹۸۷ به منظور شناسایی نوزادان در معرض خطر و ارائه برنامه راهبردی مناسب جهت احیای موثر، ارائه شد و از سال ۲۰۰۶ تاکنون هر ۴ سال یکبار مورد بازبینی و بروزرسانی قرار می گیرد.

پیش از تولد هر نوزاد باید یک فرد آموزش دیده در زمینه احیا بر بالین بیمار حاضر باشد و در صورت وجود فاکتورهای خطر مادر و جنین حضور تیم کامل احیا قبل از تولد ضروری است.

عدم حضور تیم احیا یا عدم هماهنگی مناسب بین اعضا می تواند منجر به خدمات جبران ناپذیر در نوزاد شود.

بر این اساس در بیمارستان نور شهریار، برنامه ای مدون جهت آموزش مناسب و دوره ای کلیه پرسنل شاغل در بخش زنان، لیبر، اتاق عمل و NICU طراحی شده است و با نظارت بر عملکرد پرسنل در کنار آموزش مداوم و مناسب، شرایطی فراهم شده است که کیفیت مراقبت از نوزاد در عالی ترین سطح ممکن باشد و بروز آسیب و خطاهای پزشکی احتمالی به حداقل برسد.

امید است با تلاش مداوم در بهبود کیفیت ارائه خدمات به نوزادان و آیندسازان کشورمان، دین خود را ادا کنیم.

دکتر مینا حسینی، متخصص کودکان و فوق تخصص نوزادان

احیا نوزادان مجموعه ای از اقدامات سریع در بدو تولد است که شامل گرم کردن، خشک کردن، تحریک پوستی، باز کردن راه هوایی و در صورت لزوم تهویه با فشار مثبت و ماساژ قلبی می باشد.

هدف اصلی در احیا، برقراری تنفس موثر و گردش خون مناسب جهت جلوگیری از آسیب مغزی است. حدود ۹۰ درصد نوزادان در بدو تولد، بدون نیاز به اقدام خاص، شروع به تنفس خود به خودی می کنند. اما در ۱۰ درصد موارد برای شروع تنفس به اقدامات احیا نیازمند می باشند و حدود ۱ درصد از این نوزادان در روند احیا به اقدامات احیای پیشرفته شامل ماساژ قلبی و تزریق داروها، نیاز پیدا می کنند.

حدود ۰.۲-۰.۳ درصد نوزادان احیا شده دچار علائم آنسفالوپاتی هیپوکسیک ایسکمیک متوسط تا شدید می شوند که به مرگ و میری حدود ۲۰ درصد می انجامد و با موربیدیتی هایی از جمله فلج مغزی (CP) و با ناتوانی های طولانی مدت همراهند.

فاکتورهای خطر زمینه ای در هر نوزاد، بر میزان پاسخ آنها به اقدامات احیا موثر است. برای مثال نارسای نوزاد یا سابقه بیماریهای زمینه ای در مادر از جمله دیابت یا فشارخون بالا، با پایداری وضعیت نوزاد در بدو تولد و نیاز



تیرزپاتاید؛ نسل جدید درمان دیابت نوع ۲ و چاقی

علاوه بر این، کاهش فشار خون، بهبود پروفایل چربی، کاهش چربی احشایی و بهبود کیفیت زندگی از دیگر مزایای گزارش شده این دارو است.

عوارض جانبی:

شایع ترین عوارض شامل تهوع، استفراغ، اسهال، یبوست، احساس پری معده و کاهش اشتها است که معمولاً در شروع درمان یا هنگام افزایش دوز مشاهده می شود و اغلب با ادامه درمان کاهش می یابد. شروع درمان با دوز پایین و افزایش تدریجی دوز، مصرف وعده های غذایی کم حجم و پرهیز از غذاهای چرب می تواند شدت این عوارض را کاهش دهد. خطر هیپوگلیسمی در مصرف هم زمان با انسولین یا سولفونیل اوره افزایش می یابد و در این شرایط، تنظیم دوز داروهای هم زمان ضروری است. در بیماران با سابقه پانکراتیت، گاستروپارزی شدید یا سابقه شخصی یا خانوادگی کارسینوم مدولاری تیروئید و سندرم MEN2، مصرف دارو باید با احتیاط انجام شود یا طبق توصیه های موجود از آن اجتناب شود.

جمع بندی:

تیرزپاتاید با مکانیسم دوگانه و اثربخشی چشمگیر در کنترل قند خون و کاهش وزن، یکی از مهم ترین پیشرفت های درمانی سال های اخیر در حوزه دیابت و چاقی محسوب می شود. انتخاب صحیح بیمار، آموزش مناسب، پایش عوارض و پیگیری منظم، کلید دستیابی به حداکثر منافع درمانی و افزایش ایمنی مصرف این دارو است.

منابع:

1. U.S. Food and Drug Administration (FDA). FDA-approved medications for chronic weight management. U.S. Food and Drug Administration.
2. UpToDate. Obesity in adults: Drug therapy. Waltham, MA: UpToDate; 2026.

دکتر سیاوش جعفری، متخصص بیماری های داخلی

تیرزپاتاید (Tirzepatide) نخستین آگونیست دوگانه گیرنده های GLP-1 و GIP (Glucose-dependent Insulinotropic Polypeptide) است که با بهره گیری هم زمان از دو مسیر اینکرتینی، تحولی چشمگیر در درمان دیابت نوع ۲ و چاقی ایجاد کرده است. این دارو به صورت تزریق زیرجلدی هفتگی تجویز می شود و با اثرات متابولیک گسترده، علاوه بر کنترل قند خون، موجب کاهش قابل توجه وزن بدن و بهبود عوامل خطر قلبی عروقی می شود.

مکانیسم اثر:

تیرزپاتاید با فعال سازی هم زمان گیرنده های GLP-1 و GIP در پانکراس، دستگاه گوارش و سیستم عصبی مرکزی، ترشح انسولین وابسته به گلوکز را افزایش داده و ترشح گلوکاگون را در شرایط هیپرگلیسمی کاهش می دهد. همچنین، با تاخیر در تخلیه معده، کاهش اشتها و افزایش احساس سیری، دریافت کالری را کاهش داده و کاهش وزن قابل توجهی ایجاد می کند. اثر هم افزایی دو مسیر اینکرتینی، عملکردی قوی تر از آگونیست های GLP-1 به تنهایی فراهم می آورد؛ در مقایسه با سماگلوتااید که فقط آگونیست GLP-1 است.

موارد مصرف:

مهم ترین اندیکاسیون تیرزپاتاید، درمان بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲ در کنار اصلاح سبک زندگی است. همچنین، این دارو در درمان چاقی یا اضافه وزن همراه با بیماری های مرتبط، مانند پرفشاری خون، دیس لیپیدمی، آپنه انسدادی خواب و پیش دیابت، اثربخشی بالایی نشان داده است. انتخاب بیمار مناسب و آموزش صحیح درباره نحوه مصرف، نقش مهمی در دستیابی به نتایج مطلوب دارد.

اثربخشی:

مطالعات بزرگ بالینی، به ویژه مجموعه کارآزمایی های SURPASS و SURMOUNT، نشان داده اند که تیرزپاتاید می تواند HbA1c را به طور متوسط حدود ۲ تا ۲٫۵ درصد کاهش دهد و در بسیاری از بیماران، کاهش وزن بیش از ۱۵ تا ۲۰ درصد وزن اولیه را به دنبال داشته باشد.

مروری بر سنکوپ از تشخیص تا درمان

دکتر عطااله باقرزاده، متخصص بیماری‌های قلب
و عروق، فوق تخصص اینترونشنال الکتروفیزیولوژی
و پیس‌میکر، عضو هیئت علمی دانشگاه

اتیولوژی

شایع‌ترین علل سنکوپ، علل عروقی هستند که شامل سنکوپ ناشی از رفلکس (Reflex-mediated syncope) و هایپوتنشن ارتوستاتیک می‌شوند و حدود یک‌سوم علل سنکوپ را شامل می‌شوند. در مرحله بعدی، علل قلبی سنکوپ قرار دارند که عمدتاً آریتمی‌ها، بیماری‌های دریچه‌ای انسدادی، دایسکشن آئورت، تامپوناد و سایر بیماری‌های پریکارد، کاردیومیوپاتی هیپرتروفیک انسدادی و آمبولی ریه در این گروه قرار دارند. سنکوپ‌ها در زمینه بیماری ساختاری قلبی، بدترین پیش‌آگهی و بیشترین احتمال رخداد مرگ ناگهانی را دارند.

هایپوتنشن ارتوستاتیک

طبق تعریف، به کاهش ۲۰ میلی‌متر جیوه در فشار سیستولیک یا ۱۰ میلی‌متر جیوه در فشار دیاستولیک در عرض ۳ دقیقه از ایستادن، هایپوتنشن ارتوستاتیک اطلاق می‌شود که معمولاً همراه با علائم سیکی سر و تاری دید است و می‌تواند سبب سنکوپ شود. مهم‌ترین علل دارویی این سندرم، داروهای کاهنده حجم خون و داروهای وازودیلاتور هستند. شایع‌ترین داروهای این دسته، دیورتیک‌ها، مهارکننده‌های کانال کلسیمی، آلفابلاکرها، مهارکننده‌های آنژیوتانسین، داروهای ضدافسردگی و الکل هستند.

سنکوپ ناشی از رفلکس (Reflex-mediated syncope)

در این گروه، یک محرک سبب اختلال در رفلکس قلبی عروقی و در نهایت افزایش تون واگ و کاهش تون سمپاتیک محیطی می‌شود و در نهایت برادی‌کاردی، وازودیلاتاسیون، هایپوتنشن و سنکوپ رخ می‌دهد. در فرم‌هایی که افت فشار خون غالب باشد، فرم وازودپرسور (Vasodepressor) و در گروهی که برادی‌کاردی و آسیستول رخ دهد، فرم کاردیواینهیبیتوری (Cardioinhibitory) و اگر هر دو مورد رخ دهد، فرم مخلوط (Mixed) اطلاق می‌شود. محرک‌های دیگری مانند ادرار کردن، مدفوع کردن، سرفه، عطسه و خندیدن شدید نیز می‌توانند سبب سنکوپ ناشی از رفلکس شوند.

سنکوپ وازوواگال (NMS: Neurally-mediated syncope)

NMS شایع‌ترین نوع سنکوپ است که به دنبال محرک‌هایی مانند ایستادن‌های طولانی، حمام گرم یا استرس

سنکوپ یک تشخیص بالینی است و به کاهش ناگهانی، گذرا و کامل سطح هوشیاری اطلاق می‌شود. حین این رخداد، بیمار نمی‌تواند تون عضلانی را حفظ کند و بر زمین می‌افتد. معمولاً برگشت هوشیاری به صورت خودی و سریع، در کمتر از دو دقیقه رخ می‌دهد. در صورت بروز علائمی مانند سبکی سر و سیاهی رفتن چشم‌ها بدون بیهوشی کامل، اصطلاح پیش‌سنکوپ (Pre-syncope) به کار می‌رود که پیش‌آگهی آن همانند سنکوپ است. بسیاری از بیماران پیش از رخداد سنکوپ، علائمی مانند تپش قلب، تاری دید، تهوع، احساس گرما، تعریق و سبکی سر را حس می‌کنند که در اصطلاح، علائم پرودرمال نامیده می‌شوند. علت سنکوپ، کاهش گذرای خون‌رسانی مغزی است که می‌تواند در عرض کمتر از ۱۰ ثانیه سبب کاهش سطح هوشیاری شود.

سنکوپ اختلالی شایع، هزینه‌بر و گاهی ناتوان‌کننده است و می‌تواند منجر به تروما شود. حدود ۳ درصد از موارد مراجعه‌کنندگان به بیمارستان و ۱ درصد از موارد بستری بیمارستانی در زمینه سنکوپ رخ می‌دهد. حدود ۵۰ درصد از جوانان درجاتی از سنکوپ را تجربه می‌کنند که می‌تواند سبب کاهش کیفیت زندگی آنان شود.

سنکوپ می‌تواند تابلوی نهانی بیماری‌های مختلفی باشد و پیش‌آگهی آن بسته به علت سنکوپ متفاوت است؛ از پیش‌آگهی مطلوب در سنکوپ وازوواگال تا پیش‌آگهی بسیار بد در سنکوپ ناشی از بیماری‌های قلبی. همچنین، می‌تواند پیش‌قراول مرگ ناگهانی باشد. افتراق سنکوپ واقعی از سایر علل کاهش سطح هوشیاری، در درمان آن نقش بسیار مهمی دارد. مهم‌ترین علل کاهش هوشیاری غیرسنکویی شامل علل نورولوژیک یا عروق مغزی، مانند تشنج و حملات گذرای ایسکمی ورتروبازیلار؛ علل متابولیک، مانند هایپرونتیلیاسیون، هایپوکاپنی، هایپوگلیسمی، هایپوکسمی، مسمومیت‌های دارویی، الکل و کما؛ و همچنین علل سایکوزیک، مانند اضطراب، حملات پانیک و اختلال روان‌تنی است.

اتیولوژی

سنکوپ می‌شود. خصوصیت‌های بالینی NMS شامل تپش قلب، تاری دید، تهوع، احساس گرما، تعریق و سبکی سر پیش از سنکوپ و تعریق و ضعف پس از وقوع آن است. جدول ۱ افتراق سنکوپ ناشی از NMS با علل آریتمیک، تشنج و علل سایکوزنیک را نشان می‌دهد.

سنکوپ ناشی از حساسیت سینوس کاروتید (Carotid sinus hypersensitivity)

در این نوع، سنکوپ به دنبال ماساژ سینوس کاروتید، در محل دوشاخه شدن شریان کاروتید و روی شریان کاروتید داخلی، رخ می‌دهد که در بیش از یک سوم افراد مسن مبتلا به سنکوپ قابل تشخیص است. در صورت رخداد سنکوپ مکرر از نوع کاردیواینهیبیتوری (Cardioinhibitory) یا مخلوط (Mixed)، نیاز به تعبیه پیس‌میکر دائم وجود دارد.

شرح حال

در ارزیابی بیمار دچار سنکوپ باید به موارد زیر توجه داشت:

۱. سابقه بیماری قلبی و متابولیک، از جمله دیابت
۲. سابقه خانوادگی بیماری قلبی، سنکوپ و مرگ ناگهانی
۳. داروهای مصرفی بیمار، به ویژه داروهایی که سبب هایپوتشن، برادی کاردی یا آریتمی می‌شوند.
۴. تعیین تعداد دفعات حملات سنکوپ یا پیش‌سنکوپ
۵. فاکتورهای مستعدکننده، از جمله پوزیشن بیمار پیش از سنکوپ و حین آن و فعالیت بدنی هنگام حمله
۶. تعیین نوع و مدت علائم پرودروم و علائم حین ریکآوری
۷. سوال از شاهدان در خصوص نحوه افتادن، رنگ پوست و نحوه تنفس، طول مدت بیهوشی و حرکات بدن حین بیهوشی

جدول ۲ شاخص‌های بالینی پیش‌گویی‌کننده بیماران پرخطر سنکوپ را نشان می‌دهد که نیازمند ارزیابی دقیق تر یا احتمالا بستری هستند.

سنکوپ با علل قلبی معمولا در کمتر از ۵ ثانیه و با علائم هشداردهنده کمتری رخ می‌دهد. این بیماران در مقایسه با سنکوپ‌های ناشی از رفلکس، سن بالاتری دارند، کمتر از ۳ حمله سنکوپ را در گذشته تجربه کرده اند و در مردان شایع تر است.

مواردی که می‌توانند سنکوپ را از تشنج افتراق دهند شامل انحراف افقی چشم، فشار خون و ضربان قلب بالا حین حمله، وقوع تشنج پیش از کاهش سطح هوشیاری، گازگرفتن زبان و بی‌اختیاری ادرار و مدفوع است. (جدول شماره ۱)

معاینه بالینی

در معاینه بیمار دچار سنکوپ، علاوه بر معاینه کامل قلبی، باید به وجود اختلال ساختاری قلبی، سطح هیدراتاسیون بیمار و وجود اختلالات نورولوژیک توجه ویژه

مبذول داشت. بررسی علائم حیاتی ارتوستاتیک، بخش مهمی از معاینه است. فشار خون و ضربان قلب بیمار در حالت سوپاین و ایستاده، هر یک دقیقه برای سه دقیقه بررسی شود. ماساژ سینوس کاروتید باید برای تمامی بیماران بالای ۴۰ سال، پس از بررسی بروئی شریان کاروتید، انجام شود. این ماساژ به مدت ۵ تا ۱۰ ثانیه در حالت سوپاین و ایستاده انجام می‌شود. از ماساژ سینوس کاروتید در بیماران با سابقه حمله ایسکمی گذرای مغزی (Transient ischemic attack) یا استروک در سه ماه اخیر و نیز در صورت وجود بروئی باید خودداری شود.

بررسی‌های تشخیصی

۱. الکتروکاردیوگرافی (ECG): ابزار مهم تشخیصی در بیماران مبتلا به سنکوپ است. نرمال بودن ECG مطرح‌کننده احتمال پایین سنکوپ قلبی است و پروگنوز عالی را مطرح می‌کند.

۲. تست تیلِت (Tilt Test): در بیماران مشکوک به سنکوپ وازوواگال مفید است. این تست برای تشخیص نوع سنکوپ و افتراق سودوسنکوپ سایکوزنیک نیز ارزشمند است.

۳. اکوکاردیوگرافی: در صورت وجود شواهد به نفع سنکوپ قلبی، از جمله بروز سنکوپ حین فعالیت یا در حالت سوپاین، وجود سابقه خانوادگی مرگ ناگهانی یا سنکوپ، باید انجام شود. مواردی که حین اکوکاردیوگرافی برای سنکوپ تشخیصی هستند شامل تنگی شدید دریچه آئورت، تامپوناد قلبی و دایسکشن آئورت است.

۴. مانیتور مداوم الکتروکاردیوگرافی (هولتر ضربان قلب): در بیمارانی که شواهد بالینی یا الکتروکاردیوگرافیک برای علل آریتمیک سنکوپ یا سنکوپ مکرر تروماتیک دارند، توصیه می‌شود و در بیمارانی ارزش تشخیصی دارد که به طور شایع و مکرر، یعنی روزانه، دچار سنکوپ می‌شوند. در بیماران با حملات سنکوپ با فاصله بیشتر، مثلا چند بار در سال، نصب Implantable Loop Recorder توصیه می‌شود که امکان مانیتور ضربان قلب تا ۳۶ ماه را فراهم می‌کند.

۵. بررسی‌های نورولوژیک تنها در صورت بروز علائم بالینی دال بر تشنج توصیه می‌شود و در موارد سنکوپ واقعی، بررسی نورولوژیک ضرورت ندارد.

در بیماران دچار سنکوپ وازوواگال، مهم‌ترین اصل اصلاح سبک زندگی و گوشزدکردن سیر خوش‌خیم بیماری است. در این بیماران، عوامل مستعدکننده مانند دهیدراتاسیون، کم‌خوابی، ایستادن طولانی‌مدت، الکل و داروها، از جمله دیورتیک‌ها و وازودیلاتورها، باید حذف شوند. مصرف قابل توجه مایعات، ۲ تا ۳ لیتر در روز، و نمک، ۵ تا ۱۰ گرم در روز، باید به بیماران توصیه شود.

افزایش رخداد سنکوپ اجتناب‌ناپذیر است و علی‌رغم پیشرفت‌های قابل‌توجه در تشخیص و درمان سنکوپ، تحقیقات بیشتری در این زمینه مورد نیاز است.

منابع فارسی

۱. باقرزاده، عطاالله. مبانی کاربردی ضربان‌سازها و دفیبریلاتورهای قلبی. ۱۳۹۰.
۲. اسلامی، مسعود؛ باقرزاده، عطاالله. مبانی الکتروفیزیولوژی قلب. ۱۳۸۹.
۳. نعمتی‌پور، ابراهیم؛ باقرزاده، عطاالله و همکاران. بیماری‌های قلب و عروق. ۱۳۹۴.

منابع انگلیسی

1. Brignole M, Moya A, de Lange FJ, et al. 2018 ESC guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal*. 2018 Jun 1;39(21):1883-948.
2. Shen, Win-Kuang, et al. "2017 ACC/AHA/HRS guideline for the evaluation and management of patients with syncope: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society." *Journal of the American College of Cardiology*. 70.5 (2017): e39-e110.
3. Braunwald's Heart Disease. Elsevier, 2019.
4. Deharo JC, Guieu R, Mechulan A, Peyroux E, Kipson N, Ruf J, Gerolami V, Devoto G, Marre V, Brignole M. Syncope without prodromes in patients with normal heart and normal electrocardiogram: a distinct entity. *J Am Coll Cardiol*. 2013;62:1075-1080.

هنگام بروز علائم، بیمار باید بنشیند یا دراز بکشد و مانورهای Counter Pressure، شامل LEGCROSSING، HANDGRIP و ARM TENSING را شروع کند. لازم است این بیماران از ایستادن طولانی و بلندشدن ناگهانی اجتناب کنند.

در اغلب مطالعات، TILT TRAINING در بهبود حملات سنکوپ وازوواگال موثر بوده است. این مانور شامل ایستادن مقابل دیوار است، در حالی که پاشنه پا ۳۵ سانتی‌متر از دیوار فاصله داشته باشد و باید به مدت حداقل ۲ تا ۳ ماه، روزانه تکرار شود. ایستادن از ۵ دقیقه، دو بار در روز، شروع شده و به ۴۰ دقیقه، دو بار در روز، افزایش می‌یابد.

داروهایی مانند فلودروکورتیزول و Midodrine در درمان سنکوپ وازوواگال با اثربخشی محدود به کار رفته‌اند.

در خصوص نقش ضربان‌سازها در بیماران دچار سنکوپ وازوواگال، چالش‌های فراوانی وجود دارد. بر اساس گایدلاین‌های کنونی، تعبیه ضربان‌سازها در موارد زیر توصیه می‌شود:

۱. بیماران بالای ۴۰ سال با سنکوپ وازوواگال راجعه که در ثبت ضربان قلب، آسیستول علامت‌دار بیش از ۳ ثانیه یا ایست بیش از ۶ ثانیه بدون سنکوپ دارند.
 ۲. بیماران بالای ۴۰ سال با سنکوپ مکرر که هنگام ماساژ سینوس کاروتید دچار برادی کاردی علامت‌دار می‌شوند.
- یکی از درمان‌های جدید در بیماران دچار سنکوپ وازوواگال، cardio neuro ablation است که با مهار سه گانگلیون اصلی اتونومیک، سبب کاهش فرکانس و رخداد سنکوپ می‌شود.

چشم‌انداز آینده

با توجه به افزایش سن جامعه و شیوع بیماری‌های قلبی،

جدول شماره ۱- موارد بالینی نشانگر ریسک بالا در بیماران سنکوپ

Severe structural heart disease (low ejection fraction, previous myocardial infarction, heart failure)
Clinical or ECG features suggesting arrhythmic syncope
Syncope during exertion or while supine
Palpitations at the time of syncope
Family history of sudden death
Nonsustained ventricular tachycardia
Bifascicular block or QRS > 120 msec
Severe sinus bradycardia (< 50 beats/min) in the absence of medications or physical training
Preexcitation
Prolonged or very short QT interval
Brugada ECG pattern (right bundle branch block with ST elevation in leads V ₁ -V ₃)
Arrhythmogenic right ventricular dysplasia ECG pattern (T wave inversion in leads V ₁ -V ₃ with or without epsilon waves)
ECG suggestive of hypertrophic dilated cardiomyopathy
Clinical evidence or suspicion of a pulmonary embolus (clinical setting, sinus tachycardia, shortness of breath)
Severe anemia
Important comorbid conditions
Significant electrolyte abnormalities
Severe anemia

Table 2- Differentiation of Syncope Caused by Neurally Mediated Hypotension, Arrhythmias, Seizures, and Psychogenic Causes

	Neurally mediated hypotension	Arrhythmias	Seizures	Psychogenic
Demographics and clinical setting	Female > male sex Younger age (<55 years) More episodes (>2) Standing, warm room, emotional upset	Male > female sex Older age (>54 years) Fewer episodes (<3) During exertion or supine Family history of sudden death	Younger age (<45 years) Any setting	Female > male sex Occurs in presence of others Younger age (<40 years) Many episodes (often many episodes in a day) NO identifiable trigger
Premonitory symptoms	Longer duration (>5 sec) Palpitations Blurred vision Nausea Warmth Diaphoresis Lightheadedness	Shorter duration (<6 sec) Palpitations less common	Sudden onset or brief aura (déjà vu, olfactory, gustatory, visual)	Usually absent
Observations during the event	Pallor Diaphoresis Dilated pupils Slow pulse, low BP Incontinence may occur Brief clonic movements may occur	Blue, not pale Incontinence may occur Brief clonic movements may occur	Blue face, no pallor Frothing at the mouth Prolonged syncope (duration > 5 min) Tongue biting Horizontal eye deviation Elevated pulse and BP Incontinence more likely* Tonic-clonic movements if grand mal	Normal color Not diaphoretic Eyes closed Normal pulse and BP No incontinence Prolonged duration (minutes) common
Residual symptoms	Residual symptoms common Prolonged fatigue common (>90%) Oriented	Residual symptoms uncommon (unless prolonged unconsciousness) Oriented	Residual symptoms common Aching muscles Disoriented Fatigue Headache Slow recovery	Residual symptoms uncommon Oriented

*May be observed with any of these causes of syncope but more common with seizures

وقتی خشم وارد بیمارستان می‌شود؛ چگونه تنش را به تعامل انسانی تبدیل کنیم؟

دکتر مهدی صنعتکار، متخصص بیهوشی و مراقبت های ویژه، هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

بیمارستان عرصه رویارویی احساسات بشری است؛ جایی که امید و یاس، درد و آرامش، صبر و خشم تنها یک قدم از هم فاصله دارند. در این فضا، مرز روشنی میان «کسی که خدمت می‌دهد» و «کسی که خدمت می‌گیرد» وجود ندارد؛ هر دو طرف تحت فشارند و هر دو ممکن است در یک لحظه، واکنش‌هایی تندتر از آنچه انتظار می‌رود نشان دهند.

در مراکز درمانی، خشم و بی‌قراری یک‌طرفه نیست. همان‌طور که بیماران ممکن است احساس نادیده‌گرفته شدن داشته باشند، کارکنان درمان نیز با حجم کاری سنگین، شیفت‌های طولانی، کمبود نیرو و فشارهای روانی مضاعف مواجه‌اند. پس در نهایت، هر دو طرف می‌توانند قربانی شرایطی پیچیده و استرس‌زا باشند. مطمئناً درک هوشمندانه و متقابل این وضعیت می‌تواند سنگ‌بنای هر راه‌حلی باشد.

دو اصل طلایی در مواجهه با بیمار پر خاشگر:

- اصل اول:

پیش از هر اقدام عملی، باید بدانیم که خشم در بیمارستان ریشه در دشمنی شخصی ندارد. مهم‌ترین ریشه‌های خشم عبارت‌اند از:

- احساس بی‌عدالتی یا نادیده‌گرفته‌شدن
- انتظار طولانی و ابهام در فرایندها
- مشکلات مالی و هزینه‌های درمان
- ترس از مرگ، ناتوانی یا تشخیص نامعلوم
- درد جسمی یا خستگی شدید
- نکته کلیدی آنکه: اگر خشم را شخصی تلقی نکنید، واکنش شما حرفه‌ای‌تر و آرام‌تر خواهد بود.

- اصل دوم:

بدانیم که پیش از هرگونه اقدام برای حل مسئله بیمار، ابتدا باید مراجعه‌کننده عصبانی را آرام کنیم. بزرگ‌ترین خطا در مواجهه با خشم این است که مستقیماً وارد «بحث منطقی» شویم.

در لحظه خشم، مغز انسان در وضعیت دفاع یا حمله قرار دارد:

- منطق شنیده نمی‌شود.

- توضیح‌دادن بی‌اثر است.
 - استدلال نتیجه عکس دارد.
 - دستور دادن بر شدت خشم می‌افزاید.
- در حالی که احساس دیده‌شدن، بهترین راهکار است. بنابراین، ابتدا باید بیمار را آرام کرد و سپس به حل مسئله پرداخت.

مراحل عملی و قدم‌به‌قدم مواجهه موثر

- مرحله اول: حفظ آرامش ظاهری و کنترل زبان بدن

کادر درمان، از نگهبان تا پرستار و منشی:

- صدای خود را پایین و آرام نگه دارید.
- تماس چشمی ملایم، نه خیره‌کننده، داشته باشید.
- دست‌ها باز باشند، نه گره‌کرده.
- فاصله فیزیکی امن را حفظ کنید.

مراجعات نیز بدانند:

بلندکردن صدا معمولاً باعث تسریع کار نمی‌شود؛ بلکه ناخودآگاه مقاومت ایجاد می‌کند.

- مرحله دوم: نام‌گذاری احساس، نه قضاوت رفتار

به‌جای قضاوت‌کردن و گفتن عبارات زیر:

«داد نزنید.» یا «اینجا قانون دارد.»

بگویید:

«می‌بینم خیلی نگران هستید.»، «به نظر می‌اد فشار زیادی رو تحمل می‌کنید.»

این جملات تایید احساسات بیمار هستند، نه تایید پر خاشگری.

- مرحله سوم: دادن حس شنیده‌شدن به بیمار

برای القای حس شنیده‌شدن به بیمار می‌توان از این جمله استفاده کرد:

برای القای حس شنیده‌شدن به بیمار می‌توان از این جمله استفاده کرد:

«اجازه بدید دقیق بفهمم مشکل تون چیه»

سپس، بدون آنکه صحبت بیمار را قطع کنید، خلاصه حرفش را تکرار کنید؛ مثل:

«پس مسئله اصلی تون تاخیر در ویزیت هست، درسته؟»

همین بازگویی ساده، شدت خشم را به‌طور محسوسی کاهش می‌دهد.

- مرحله چهارم: شفاف‌سازی واقع‌بینانه، بدون وعده غیرواقعی

به‌جای:

«الان درست می‌شه»

بگوئید:

«برای انجام کارتان ۳۰ دقیقه زمان نیاز است»

یا

«این درخواست مربوط به یک واحد دیگر بیمارستان است، ولی برایتان پیگیری می‌کنیم»
یادمان باشد شفافیت، حتی اگر خبر خوشی نداشته باشد، اعتماد می‌سازد.

- مرحله پنجم: ارائه انتخاب محدود

خشم زمانی شدت می‌گیرد که فرد احساس بی‌قدرتی کند و باید سیاستی در پیش گیریم که بیمار امکان انتخاب بین دو یا چند گزینه را داشته باشد؛ مثلاً:



«می‌تونید اینجا منتظر بمونید یا اگر ترجیح می‌دید، من شماره‌تون رو ثبت می‌کنم.»
«دو راه داریم؛ یا الان این فرم تکمیل بشه یا بعد از ویزیت.»
انتخاب، حس کنترل را برمی‌گرداند.

- مرحله ششم: پایان محترمانه و بازسازی رابطه

در پایان تعامل با بیمار می‌توانیم از جملات زیر در گفت و گو با بیمار استفاده کنیم:
«ممنون که توضیح دادید.»
«قدرتان صبوریتان هستیم.»

حتی اگر در ابتدا پرخاش وجود داشته باشد، پایان محترمانه تصویر بیمارستان را ترمیم می‌کند.

داستانی از کنترل پرخاشگری با تحلیل مطابق متن بالا

ساعت یازده شب است. سالن اورژانس شلوغ است. مردی میانسال با صدای بلند می‌گوید:
«این چه وضعشه؟ مادرم از درد داره می‌لرزه، هیچ‌کس

هم جواب‌گو نیست!»

(در اینجا، خشم در اوج است؛ این فریاد، بیشتر از پرخاش، بیان ترس و درماندگی است.)

منشی پذیرش چند ثانیه مکث می‌کند، نفس عمیقی می‌کشد و با صدایی آرام پاسخ می‌دهد:

«می‌فهمم این وضعیت چقدر برای شما سخته، مخصوصاً وقتی پای مادرتون وسطه.»

(کنترل زبان بدن و نام‌گذاری حالت احساسی فرد پرخاشگر و در ادامه، آرام‌سازی فضا پیش از ورود به مسئله.)

مرد با عصبانیت می‌گوید:

«ته، شما نمی‌فهمید! اگه می‌فهمیدید این‌قدر معطل نمی‌کردید.»

(آزمون مهارت؛ همراه تلاش می‌کند منشی را وارد تقابل کند.)

منشی وارد دفاع نمی‌شود و می‌گوید:

«حق دارید این‌طور فکر کنید. اجازه بدید دقیق بفهمم؛ بیشتر نگران درد مادرتون هستید یا اینکه حس می‌کنید کسی بهتون توجه نمی‌کنه؟»

(شنیدن فعال و تبدیل خشم مبهم به مسئله مشخص.)

مرد با صدایی پایین‌تر جواب می‌دهد:

«هر دوتاش... آدم حس می‌کنه اصلاً دیده نمی‌شه.»

(لحظه طلایی؛ خشم فروکش کرده و نیاز واقعی آشکار شده است.)

منشی سر تکان می‌دهد و می‌گوید:

«پس هم درد مادرتون اذیت‌کننده‌ست، هم این انتظار طولانی حس بی‌توجهی بهتون داده.»

(بازتاب‌دادن برای ایجاد حس شنیده‌شدن و کاهش مقاومت.)

سپس شفاف ادامه می‌دهد:

«الان دو بیمار بدحال تصادفی داریم. بر اساس شرایط فعلی، حدود ۲۰ تا ۳۰ دقیقه دیگه نوبت مادرتونه.»

(شفافیت واقع بینانه، بدون وعده غیرواقعی؛ پایه سازی اعتماد.)

مرد دوباره صدایش را بالا می برد:

«یعنی چی ۳۰ دقیقه؟ اگه حالش بدتر شد، کی جواب می ده؟»

(بازگشت موجی خشم؛ طبیعی و قابل انتظار.)

منشی با همان آرامش می گوید:

«دو تا کار می تونیم انجام بدیم؛ یا الان پرستار رو صدا می کنم دوباره وضعیتشون رو بررسی کنه، یا شما کنار ایستون باشید و هر تغییری دیدید، فوراً خبر بدید.»

(دادن انتخاب محدود برای بازگرداندن حس کنترل.)

چند ثانیه سکوت. مرد نفس عمیقی می کشد و می گوید:

«پرستار رو صدا کنید... فقط حواستون باشه.»

(سکوت نشانه پردازش ذهنی و کاهش هیجان است، نه شکست ارتباط.)

منشی پاسخ می دهد:

«حتماً. ممنون که نگرانی تون رو گفتید. ما پیگیر وضعیت مادر تون هستیم.»

(پایان محترمانه و ترمیم رابطه پس از تنش.)

مرد آرام تر می نشیند؛ نگرانی هنوز هست، اما فریاد و پرخاش جای خود را به گفت و گو داده است.

(هدف واقعی محقق شده است: نه حذف خشم، بلکه کنترل و هدایت آن.)

پیامی برای کارکنان درمان

مهارت، اتفاقی به دست نمی آید.

مواجهه موثر با مراجعان عصبانی و پرخاشگر، نه یک توانایی ذاتی است و نه صرفاً حاصل نیت خوب. این مهارت آموختنی است؛ نیازمند مطالعه، آموزش هدفمند، تمرین مستمر و کسب تجربه در موقعیت های واقعی است.

همان گونه که برای درمان جسم به دانش و مهارت نیاز داریم، برای مدیریت خشم و تعارض نیز به دانش ارتباطی و بلوغ رفتاری نیازمندیم.

بیمارستانی که در آن گفت و گو جای تقابل را می گیرد، نه تنها محیطی امن تر برای کادر درمان فراهم می کند، بلکه به مراجعان نیز می آموزد که خشم، زمانی شنیده می شود که در قالب گفت و گوی محترمانه بیان شود.

پیام پایانی

در بیمارستان، جایی که زندگی در آسیب پذیرترین شکل خود نمایان می شود، شاید بزرگ ترین هنر تنها درمان درد نباشد؛ بلکه این باشد که در نگاه یکدیگر، انسانیت را متبلور کنیم و در پس فریاد، نیاز مشترک به آرامش را بشنویم. اینجا، هر نگاه، هر کلمه و هر مکث می تواند پلی باشد میان رنج و امید.

بیایید این بار، وقتی خشم در کوچه پس کوچه های چشمان مان پرسه می زند، ما نخستین کسانی باشیم که دست هایمان را از حالت گره کرده رها می کنیم و برای یاری رساندن می گشاییم.

📌 میکرولرینگ ۳ دقیقه ای: فوت و فن داروهای انفوزیونی

سلام همکار حرفه ای! 🤝 بیا خیلی سریع، پرونده داروهای انفوزیونی رو ببندیم. یادت باشه: توی بخش، هر داروی انفوزیونی یه «بمب ساعتی» بالقوه ست! ⚡ مگه اینکه خلافتش ثابت بشه! کوچکترین اشتباه در سرعت یا غلظت، یعنی تغییر سرنوشت بیمار در چند دقیقه. ⚠️

✅ چک لیست طلایی قبل از استارت:

1️⃣ سه سین حیاتی: (سرم مناسب 🧴، سرعت درست ⏱️، سازگاری دارو 🧪).

2️⃣ رگ گیری هوشمندانه: مسیر وریدی سالمه؟ برگشت خون داره؟ برای این دارو حتماً باید سائترال باشه یا محیطی هم جوابه؟ 📍

3️⃣ ثبت نقطه صفر: علائم حیاتی پایه رو همین الان بگیر که بعداً بتونی مقایسه کنی. ☑️

⚠️ توی مسیر انفوزیون، حواست به اینا باشه:

🕒 خداحافظی با میکروست: برای داروهای High Alert، میکروست یعنی ریسک! فقط پمپ انفوزیون یا سرنگ پمپ: دقت رو فدای

راحتی نکن. 🙅

👁️ چشم عقاب داشته باش: هر تغییری در فشارخون، نبض یا هوشیاری دیدی، اول به «دارو» شک کن، بعد به بیماری! 🚨

🩹 نشت یابی: محل تزریق رو مدام چک کن. تورم یا تغییر رنگ یعنی آزر قرمز! نذار کار به آسیب بافتی برسه. 🚫

🧴 لیست سیاه (داروهای حساس):

این اسامی رو یادت بمونه، اینا با کسی شوخی ندارن:

💎 انسولین و هپارین

💎 نوراپی نفرین، اپی نفرین، دوپامین (تیم فشارخون) ❤️

💎 پنتاسیم و منبزمیم (تیم الکترولیت) ⚡

💎 آمبودارون و TNG ☐

📄 مستندسازی: امضای حرفه ای تو:

ساعت شروع، غلظت دقیق، سرعت لحظه ای و واکنش بیمار رو مثل یه گزارشگر حرفه ای ثبت کن. 📝

🌟 تفاوت پرستار معمولی با پرستار VIP:

پرستار معمولی فقط دارو رو «وصل» می کنه، اما پرستار حرفه ای دارو رو «مدیریت» می کنه. 🧠

یادت باشه: عوارض دارو اول روی مانیتور و چهره بیمار ظاهر میشن، نه وقتی که کیسه سرم خالی شده! 🚫

پیام روز جهانی هپاتیت ۲۰۲۶؛ رفع موانع برای حذف هپاتیت تا سال ۲۰۳۰

دارو یا امکانات آزمایشگاهی نیستند. آگاهی ناکافی، ترس از قضاوت، انگ اجتماعی، هزینه، فاصله جغرافیایی، تشخیص دیر هنگام، نبود پیگیری منظم و جدا بودن خدمات هپاتیت از مراقبت‌های اولیه نیز می‌توانند مانع مراجعه یا ادامه درمان شوند.

سازمان جهانی بهداشت می‌گوید ابزارهای موثر برای تغییر مسیر بیماری وجود دارند: واکسن ایمن و موثر هپاتیت B، آزمایش‌های تشخیصی دقیق، درمان‌های طولانی‌مدت برای کنترل هپاتیت B و درمان‌های کوتاه‌مدت با قابلیت درمان قطعی هپاتیت C. چالش مهم این است که این امکانات به‌موقع، عادلانه و با کیفیت مناسب در اختیار همه افراد نیازمند این خدمات قرار گیرد.

مجموعه بیمارستان نور شهریار، با توجه به بافت جمعیتی خاص تحت پوشش خود و با نگاه ویژه مدیریتی، قدم‌های موثری در این زمینه برداشته است.

انجام تست‌های تشخیصی دقیق در آزمایشگاه‌های مرکز، به‌ویژه آزمایشگاه ژنتیک، غربالگری بیماران در بخش‌ها و پروسیجرهای خاص، غربالگری تمام مادران باردار در این مرکز و انجام اقدامات پیشگیرانه برای جلوگیری از ابتلای نوزاد از طریق واکسیناسیون و ایمونوگلوبین، ارزیابی بیماران پرخطر، ارائه مشاوره‌های تخصصی لازم برای این بیماران و خانواده‌های آنان، به‌خصوص در کلینیک عفونی، و پیگیری و مراقبت از آنان با کمک واحد کنترل عفونت و همکاری شبکه بهداشت و درمان شهرستان شهریار، تنها بخشی از اقدامات موثر این مجموعه در جهت کمک به این بیماران خاص است.

دکتر مهران نوری، متخصص بیماری‌های عفونی،
فلوشیپ نقص ایمنی و پیوند

روز جهانی هپاتیت ۲۰۲۶ با شعار «بیایید موانع را برداریم»؛ آمار تازه WHO، راه‌های پیشگیری، آزمایش و درمان و مسیر حذف هپاتیت تا ۲۰۳۰. (۶ مرداد ۱۴۰۵)

بیماری‌های کبد

روز جهانی هپاتیت، هر سال در ۲۸ جولای، فرصتی است تا توجه عمومی و تصمیم‌گیران حوزه سلامت دوباره به بیماری‌هایی جلب شود که ممکن است سال‌ها بی علامت بمانند، اما در صورت تشخیص ندادن یا درمان نشدن، به آسیب جدی کبد منجر شوند. سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۲۶ برای هپاتیت شعار «بیایید موانع را برداریم» را انتخاب کرده است؛ پیامی که بر فاصله میان ابزارهای علمی موجود و دسترسی واقعی مردم به پیشگیری، آزمایش، درمان و مراقبت تأکید دارد.

این مطلب یک گزارش آگاهی‌بخش بر پایه داده‌های سازمان جهانی بهداشت است و جایگزین ارزیابی یا توصیه پزشکی فردی نیست. نوع آزمایش، زمان انجام آن و تصمیم درمانی باید با توجه به شرایط هر فرد و نظر متخصصان امر، به‌ویژه متخصصان عفونی و گوارش، تعیین شود.

پیام اصلی روز جهانی هپاتیت ۲۰۲۶ چیست؟

شعار انگلیسی کمپین امسال، «Hepatitis: Let's Break It Down»، دعوتی برای برداشتن موانعی است که میان افراد و خدمات نجات‌بخش قرار گرفته‌اند. این موانع فقط کمبود



گزارش جهانی هپاتیت ۲۰۲۶ سازمان جهانی بهداشت، تازه ترین برآوردها را بر پایه داده‌های سال ۲۰۲۴ ارائه کرده است: حدود ۲۸۷ میلیون نفر در جهان با هپاتیت مزمن B یا C زندگی می‌کردند.

هپاتیت‌های B و C در سال ۲۰۲۴ حدود ۱.۳۴ میلیون مرگ ایجاد کردند؛ بیشتر این مرگ‌ها با سیروز و سرطان اولیه کبد مرتبط بود.

روزانه بیش از ۴۹۰۰ عفونت جدید رخ داد؛ یعنی حدود ۱.۸ میلیون عفونت جدید در یک سال.

هپاتیت B و C در مجموع مسئول بیش از ۹۵ درصد مرگ‌های مرتبط با هپاتیت و ویروسی هستند.

این اعداد نشان می‌دهند که پیشرفت‌های مهمی حاصل شده، اما سرعت فعلی برای رسیدن به همه اهداف سال ۲۰۳۰ کافی نیست.

«حذف هپاتیت» نیز به معنای ناپدید شدن کامل همه ویروس‌ها نیست؛ منظور کاهش آن تا سطحی است که دیگر یک تهدید عمده برای سلامت عمومی محسوب نشود.

چرا هپاتیت B و C اهمیت ویژه دارند؟

هپاتیت ویروسی، التهاب کبد ناشی از یکی از ویروس‌های هپاتیت است. انواع مختلف این بیماری، راه‌های انتقال، پیامدها و روش‌های پیشگیری متفاوتی دارند. تمرکز جهانی بر هپاتیت B و C به این دلیل است که می‌توانند مزمن شوند و در طول زمان، خطر فیروز، سیروز و سرطان کبد را افزایش دهند.

هپاتیت B بیشتر از مادر به کودک هنگام تولد، در اوایل کودکی یا از راه تماس با خون و برخی مایعات بدن منتقل می‌شود. واکسیناسیون می‌تواند از آن پیشگیری کند و درمان ضدویروسی در افراد واجد شرایط به کنترل عفونت مزمن و کاهش احتمال آسیب شدید کبد کمک می‌کند. با این حال، درمان هپاتیت B معمولاً به معنای ریشه‌کن شدن ویروس نیست و ممکن است مراقبت طولانی‌مدت لازم باشد.

هپاتیت C عمدتاً یک عفونت منتقله از خون است. هنوز واکسن موثری برای آن وجود ندارد، اما داروهای ضدویروسی با اثر مستقیم می‌توانند بیش از ۹۵ درصد مبتلایان را درمان کنند. تشخیص و انتخاب درمان به آزمایش و ارزیابی پزشکی نیاز دارد و نباید دارویی را خودسرانه شروع یا قطع کرد.

مهم‌ترین موانع در مسیر حذف هپاتیت:

• ناآگاهی و تشخیص دیر هنگام

بسیاری از مبتلایان به هپاتیت مزمن ممکن است مدت‌ها علامت مشخصی نداشته باشند. نبود علامت به معنای نبود عفونت یا آسیب کبدی نیست. اگر آزمایش فقط پس از بروز نشانه‌های جدی انجام شود، فرصت تشخیص زودهنگام و پیشگیری از عوارض از دست می‌رود.

• انگ و ترس از قضاوت

برداشت‌های نادرست درباره راه‌های انتقال می‌تواند افراد را از آزمایش یا گفت‌وگو با پزشک دور کند. ارائه اطلاعات دقیق، حفظ محرمانگی و استفاده از زبان بدون قضاوت برای ایجاد اعتماد ضروری است. هپاتیت نباید به هویت یا ارزش اجتماعی فرد پیوند زده شود.

• دسترسی نابرابر به خدمات

هزینه، کمبود مراکز نزدیک، زمان انتظار، پیچیدگی ارجاع و نبود پوشش کافی خدمات می‌توانند تشخیص و درمان را به تاخیر بیندازند. سازمان جهانی بهداشت

بر ادغام خدمات هپاتیت در مراقبت‌های اولیه و پوشش همگانی سلامت تاکید می‌کند تا آزمایش، درمان و پیگیری به محل زندگی مردم نزدیک‌تر شود.

• قطع ارتباط پس از آزمایش

انجام آزمایش به تنهایی کافی نیست. نتیجه مثبت باید به آزمایش‌های تاییدی، ارزیابی وضعیت کبد، بررسی نیاز به درمان و پیگیری منظم متصل شود. نتیجه منفی نیز ممکن است، بسته به شرایط فرد، نیاز به مشاوره درباره واکسیناسیون یا کاهش خطر داشته باشد.

چه اقداماتی مسیر ۲۰۳۰ را هموار می‌کنند؟

نخستین محور، پیشگیری است. پوشش واکسیناسیون هپاتیت B، به‌ویژه تزریق به‌موقع دوز بدو تولد و تکمیل برنامه واکسیناسیون کودکان، نقش مهمی در کاهش عفونت مزمن دارد. رعایت استانداردهای کنترل عفونت، ایمنی تزریقات، غربالگری خون و دسترسی به خدمات کاهش آسیب نیز بخشی از زنجیره پیشگیری هستند.

محور دوم، گسترش آزمایش هدفمند و قابل‌دسترس است. برنامه‌های آزمایش باید بر اساس راهنماهای معتبر، شرایط محلی و ارزیابی فردی طراحی شوند. یک نسخه واحد برای همه مناسب نیست؛ اما افرادی که احتمال تماس با ویروس داشته‌اند، سابقه پزشکی مرتبط دارند، باردار هستند یا پزشک برایشان آزمایش را لازم می‌داند، نباید با مانع اطلاعاتی یا اجرایی روبه‌رو شوند.

به مناسبت روز جهانی هپاتیت از هپاتیت بترسیم یا خیر؟

جمع بندی

روز جهانی هپاتیت ۲۰۲۶ یادآوری می کند که فاصله اصلی امروز، فاصله میان «دانستن و داشتن ابزار» با «دسترسی و اقدام موثر» است. واکسیناسیون، آزمایش دقیق و درمان موثر وجود دارند، اما انگ اجتماعی، تشخیص دیر هنگام، نابرابری و گسست خدمات هنوز جان انسان ها را تهدید می کنند. برداشتن این موانع به همکاری دولت ها، نظام سلامت، جامعه مدنی، متخصصان و مردم نیاز دارد.

هدف حذف هپاتیت ویروسی به عنوان تهدید سلامت عمومی تا سال ۲۰۳۰ دشوار است، اما دست نیافتنی نیست. می توانیم با کمک هم قدم های موثری در جهت نزدیک شدن به آن برداریم. تبدیل دانش موجود به خدمات عادلانه و پیوسته می تواند از عفونت های جدید، سیروز، سرطان کبد و مرگ های قابل پیشگیری بکاهد.

مجموعه بیمارستان نور شهریار، با داشتن بخش های درمانی متنوع، به ویژه کلینیک های تخصصی و فوق تخصصی، می تواند راهنما و مشاور در بیماری های مختلف، از جمله هپاتیت های ویروسی، باشد.

محور سوم، اتصال سریع تشخیص به مراقبت است. برای هپاتیت B، ارزیابی منظم و درمان افراد واجد شرایط می تواند احتمال سیروز و سرطان کبد را کاهش دهد. برای هپاتیت C، دسترسی به درمان های خوراکی کوتاه مدت فرصت درمان قطعی بیشتر مبتلایان را فراهم کرده است. در هر دو مورد، مسیر درمان باید زیر نظر پزشک متخصص عفونی یا گوارش و متناسب با وضعیت بالینی فرد باشد.

مردم چه نقشی می توانند داشته باشند؟

نقش مردم از کسب اطلاعات درست آغاز می شود. منابع علمی معتبر را دنبال کنید، اطلاعات نادرست درباره انتقال بیماری را باز نشر نکنید و با افراد مبتلا با احترام و بدون انگ برخورد کنید. سابقه واکسیناسیون هپاتیت B خود و فرزندان را بررسی کنید و اگر درباره کامل بودن آن مطمئن نیستید، از پزشک یا مرکز ارائه دهنده خدمات سلامت راهنمایی بگیرید.

اگر فکر می کنید در معرض هپاتیت B یا C بوده اید، باردار هستید، در گذشته اقدام پزشکی یا تزریقی پرخطر داشته اید یا پزشک بر اساس سابقه شما آزمایش را توصیه کرده است، برای ارزیابی حرفه ای اقدام کنید. آزمایش مناسب و تفسیر نتیجه باید توسط فرد واجد صلاحیت انجام شود. برای این منظور می توانید به کلینیک عفونی بیمارستان نور شهریار مراجعه کنید.

📌 «عملیات نجات در ۳ ثانیه» (میکرولرنینگ هموویزیالاس)

توی شیفِت شلوغ وقت نداری اسم های قلمبه سلمبه یادِت بیاد! فقط این «کدهای تصویری» رو تو ذهنت حک کن تا مثل یک حرفه ای واکنش نشون بدی:

۱. کد «فرغرو» (FNHTR)

📌 رمز: 🚫 بدن داره غر می زنه! 📌 مقصر: سیستم ایمنی بیمار (لجباری با گلوبول های سفید مهمان) نشونه: تب، لرز و حال ناخوش عمومی. 📌 نکته طلایی: تب رو دست کم نگیر! اول مطمئن شو واکنش خطرناکی نیست! 📌 کد «انفجار» (همولیتیک حاد)

📌 رمز: 🚫 خون داره از بین میره! 📌 مقصر: اشتباه انسانی (خون اشتباهی!) ✖️ نشونه: درد پهلو (انگار کلیه داره می ترکه)، ادرار تیره، افت فشار. 📌 اقدام فوری: قطع قطع قطع! زمان یعنی زندگی! 📌 کد «خارش» (آلرژی)

📌 رمز: 🚫 پوست داره اعراض می کنه! 📌 مقصر: حساسیت بیمار به پروتئین های پلاسما. نشونه: کهیر، خارش، قرمزی. 📌 نکته طلایی: اگه فقط پوسته، آروم باش؛ ولی حواست به ریه هم باشه! 📌 کد «خفگی» (آنافیلاکسی)

📌 رمز: 🚫 راه هوایی بن بست شده! 📌 مقصر: واکنش شدید و ناگهانی ایمنی. نشونه: خس خس سینه، تنگی نفس شدید، افت فشار. 📌 اقدام: ایپی نفرین رو آماده کن! وقت شوخی نیست

۵. کد «سرریز» (TACO)

📌 رمز: 🚫 قلب جا کم آورد! (سیلاب) 📌 مقصر: سرعت زیاد تزریق یا حجم بالای خون برای قلب ضعیف. نشونه: فشار خون بالا، تنگی نفس، صدای رال ریه 📌 پوزیشن: بیمار رو بنشون، پاها آویزون! 📌 کد «طوفان» (TRALI)

📌 رمز: 🚫 ریه طوفانی شده! 📌 مقصر: واکنش پلاسما با ریه (ادم ریه غیرقلبی). نشونه: افت شدید اکسیژن، تنگی نفس ناگهانی، فشار خون معمولاً پایین. 📌 مقصد: احتمالاً اعزام سریع به ICU 📌 کد «مهمان ناخوانده» (سپتیک)

📌 رمز: 🚫 خون آلوده! 📌 مقصر: باکتری های موذی داخل کیسه خون. نشونه: تب خیلی بالا، لرز شدید، شوک سریع. 📌 نکته طلایی: هر تبی بعد از تزریق «پلاکت» رو جدی بگیر! پلاکت ها عاشق باکتریان! 📌 قانون آهنین هموویزیالاس (یادت تروا) هر اتفاق مشکوکی افتاد:

1. STOP! تزریق رو قطع کن. 🛑

2. KVO: مسیر رگی رو با نرمال سالین باز نگه دار. 🚰

3. CALL: به پزشک خبر بده. 📞

4. SEND: کیسه خون و نمونه های بیمار رو بفرست آزمایشگاه. 📦

تغذیه‌درمانی در بیماران بدحال؛ شواهد نوین و کاربردهای بالینی

ها، کورتیزول، گلوکاگون و سایتوکاین‌های التهابی است که بدن را وارد یک وضعیت هایپرمتابولیک و کاتابولیک می‌کند. در این شرایط، مقاومت به انسولین افزایش یافته، قند خون بالا می‌رود و بدن برای تأمین انرژی مورد نیاز اندام‌های حیاتی، شروع به تجزیه سریع پروتئین‌های عضلانی می‌کند.

مطالعات نشان داده‌اند که بیماران بدحال در هفته نخست بیماری روزانه حدود ۲ درصد از توده عضلانی اسکلتی خود را از دست می‌دهند و نزدیک به نیمی از آن‌ها دچار ضعف عضلانی اکتسابی ICU می‌شوند؛ عارضه‌ای که می‌تواند مدت وابستگی به ونتیلاتور، طول بستری و ناتوانی پس از ترخیص را افزایش دهد. علاوه بر این، اختلال عملکرد میتوکندری، کاهش تولید ATP، تخریب سد مخاطی روده، تغییر میکروبیوم‌های طبیعی روده و افزایش نفوذپذیری مخاط باعث تشدید التهاب سیستمیک و افزایش خطر نارسایی چنداندامی می‌شوند. این یافته‌ها نشان می‌دهند که هدف تغذیه در هفته اول بیماری، جبران کامل کمبود انرژی نیست، بلکه حمایت از عملکرد فیزیولوژیک بدن و جلوگیری از آسیب بیشتر است.

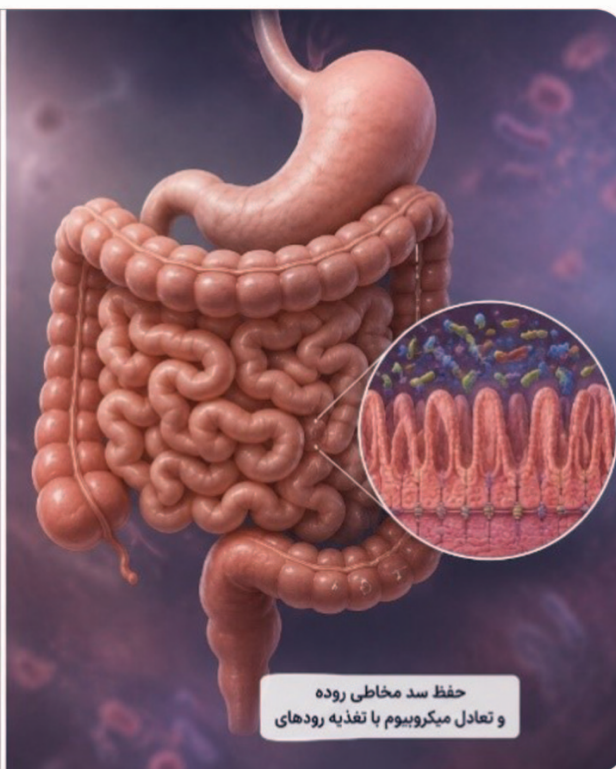
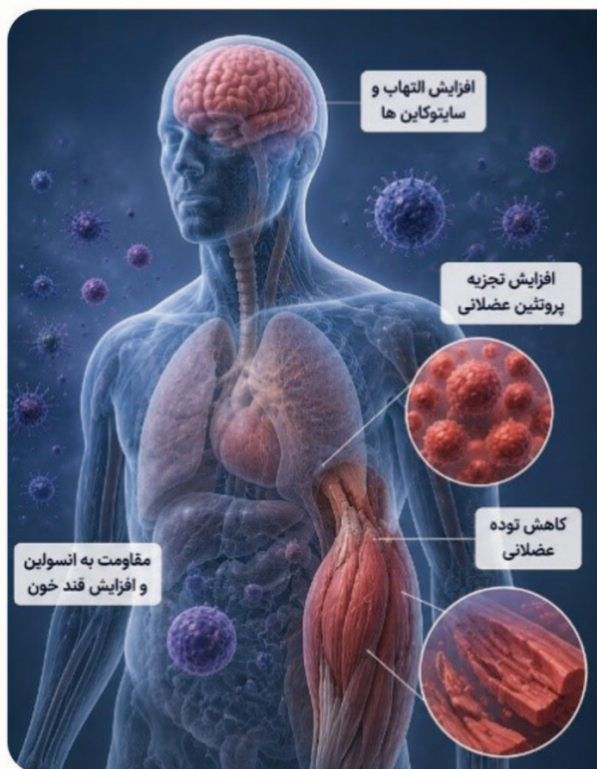
هادی فیض اله زاده، کارشناس ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه مدرس دوره‌های مراقبت‌های ویژه و احیا

تغذیه‌درمانی یکی از ارکان اساسی مراقبت حمایتی در بیماران بدحال است و نقش مهمی در حفظ عملکرد اندام‌ها، کاهش عوارض و تسریع روند بهبودی ایفا می‌کند. با این حال، طی سال‌های اخیر مطالعات متعدد نشان داده‌اند که بسیاری از باورهای قدیمی درباره تغذیه بیماران بستری در بخش مراقبت‌های ویژه (ICU) نیازمند بازنگری هستند.

برخلاف گذشته که تأکید بر تأمین کامل و سریع کالری و پروتئین از همان روزهای نخست بستری بود، شواهد جدید حاکی از آن است که در فاز حاد بیماری، یک رویکرد محافظه‌کارانه و مرحله‌ای می‌تواند نتایج بالینی بهتری به همراه داشته باشد.

پاسخ متابولیک در بیماری بحرانی

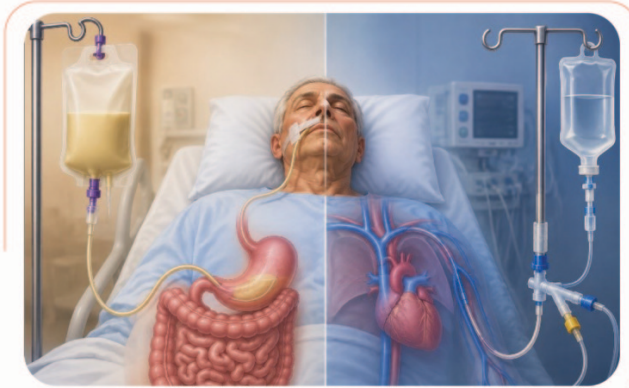
بیماری‌های شدیدی مانند سپسیس، شوک، تروما، سوختگی‌های وسیع و سندرم دیسترس حاد تنفسی، موجب فعال شدن گسترده سیستم عصبی سمپاتیک، محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال و سیستم ایمنی می‌شوند. نتیجه این پاسخ، ترشح مقادیر زیادی از کاتکولامین



تغذیه روده‌ای یا تغذیه وریدی؟

یکی از مهم‌ترین سؤالات در مراقبت از بیماران بدحال، انتخاب مسیر مناسب تغذیه است. شواهد موجود همچنان تغذیه روده‌ای (Enteral Nutrition) را به‌عنوان روش ارجح معرفی می‌کنند، زیرا علاوه بر تأمین مواد مغذی، موجب حفظ یکپارچگی مخاط روده، کاهش آتروفی پرزهای روده، حفظ تعادل میکروبیوم، کاهش انتقال باکتری‌ها و تقویت عملکرد سیستم ایمنی می‌شود. به همین دلیل توصیه می‌شود در صورت عملکرد مناسب دستگاه گوارش، تغذیه روده‌ای طی ۲۴ تا ۳۶ ساعت نخست پس از بستری در ICU آغاز شود.

نتایج مطالعات بزرگی نشان داده‌اند که اگر به دلایل بالینی انجام تغذیه روده‌ای امکان‌پذیر نباشد، استفاده کوتاه‌مدت از تغذیه وریدی (Parenteral Nutrition) با افزایش مرگومیر یا عفونت همراه نیست. بنابراین، دیدگاه امروزی این است که تغذیه وریدی نباید به‌عنوان روشی مضر تلقی شود، بلکه در صورت وجود منع مصرف تغذیه روده‌ای، یک جایگزین ایمن و قابل قبول محسوب می‌شود تا زمانی که بیمار قادر به دریافت تغذیه از راه دستگاه گوارش باشد.



راهبرد تأمین انرژی و پروتئین در بیماران بدحال

یکی از مهم‌ترین تغییرات در تغذیه بیماران بدحال طی سال‌های اخیر، تغییر نگرش از «تغذیه کامل و زودهنگام» به سمت «تغذیه محدود و مرحله‌ای» است. در گذشته تصور می‌شد که باید از همان ساعات اولیه بستری، تمام نیاز کالری بیمار تأمین شود تا از کمبود انرژی جلوگیری گردد؛ اما مطالعات بزرگ تصادفی‌سازی‌شده نشان داده‌اند که این رویکرد نه تنها سودی برای بیمار ندارد، بلکه می‌تواند با افزایش عوارض متابولیک و گوارشی همراه باشد.

بر همین اساس، امروزه توصیه می‌شود در فاز حاد بیماری تنها حدود ۲۰ تا ۲۵ درصد نیاز انرژی بیمار تأمین شود. این روش که با عنوان Restrictive Trophic Feeding یا TROPHIC FEEDING شناخته می‌شود، ضمن حفظ عملکرد دستگاه گوارش، از بروز عوارض ناشی از تغذیه بیش از حد جلوگیری

می‌کند. پس از کاهش التهاب، بهبود وضعیت همودینامیک و ورود بیمار به فاز بهبودی، میزان کالری به تدریج افزایش یافته و به نیاز کامل بیمار می‌رسد. این رویکرد امروزه به‌عنوان استاندارد جدید تغذیه بیماران بدحال شناخته می‌شود.

پروتئین؛ هرچه بیشتر باشد بهتر است؟

از آنجا که بیماران بدحال دچار تحلیل شدید عضلات می‌شوند، سال‌ها تصور می‌شد که تجویز مقادیر زیاد پروتئین می‌تواند از این روند جلوگیری کند. اما شواهد جدید این فرضیه را تأیید نکرده‌اند.

سه مطالعه بزرگ نشان دادند که دریافت بیش از ۲ گرم پروتئین به ازای هر کیلوگرم وزن بدن در روز، موجب کاهش مرگومیر، بهبود عملکرد جسمی یا کوتاه شدن مدت بستری نمی‌شود.

پایش تغذیه و پیشگیری از عوارض

تغذیه‌درمانی تنها به تجویز کالری و پروتئین محدود نمی‌شود و نیازمند پایش دقیق بیمار است. عدم تحمل تغذیه روده‌ای با علائمی مانند اتساع شکم، تهوع، استفراغ، یبوست، اسهال و کاهش صداهای روده‌ای تظاهر می‌کند. در صورت شک به ایسکمی روده یا سندرم کمپارتمان شکمی، تغذیه باید بلافاصله قطع و بیمار مجدداً ارزیابی شود.

یکی از مهم‌ترین تغییرات در دستورالعمل‌های جدید، کنار گذاشتن پایش روتین حجم باقی‌مانده معده (GRV) است. مطالعات و همچنین متآنالیزهای اخیر نشان داده‌اند که اندازه‌گیری مکرر GRV نه خطر آسپیراسیون را کاهش می‌دهد و نه از پنومونی وابسته به ونتیلاتور پیشگیری می‌کند؛ بلکه باعث وقفه‌های غیرضروری در تغذیه روده‌ای می‌شود. بنابراین، دیگر انجام روتین این اقدام توصیه نمی‌شود.

از سوی دیگر، کنترل مناسب قند خون اهمیت ویژه‌ای دارد و مقدار گلوکز باید کمتر از ۱۸۰ mg/dL حفظ شود.

آینده تغذیه بیماران بدحال

پژوهشگران معتقدند که آینده تغذیه در ICU بر پایه تغذیه دقیق خواهد بود. در این رویکرد، درمان تغذیه‌ای بر اساس ویژگی‌های هر بیمار، شدت التهاب، وضعیت متابولیک، نشانگرهای زیستی و مرحله بیماری طراحی می‌شود. همچنین ترکیب تغذیه مناسب با توان بخشی و تمرینات مقاومتی در دوره نقاهت می‌تواند به حفظ توده عضلانی، بهبود عملکرد فیزیکی و افزایش کیفیت زندگی بازماندگان بیماری بحرانی کمک کند.

بزرگداشت روز جهانی تغذیه با شیر مادر

سیما فرهادیان، دفتر پرستاری

بیمارستان نور شهریار به عنوان یک بیمارستان دارای لوح بین‌المللی دوستدار کودک همه‌ساله و در راستای بزرگداشت هفته جهانی تغذیه با شیر مادر، برنامه‌های خود را بر اساس شعار سال جاری این کمپین جهانی یعنی: «تغذیه با شیر مادر؛ برای آغازی سالم و پایدار، هر اقدام کوچک، آینده‌ای بزرگ می‌سازد» طراحی و اجرا نموده است. کلیه اقدامات صورت‌گرفته در این هفته، تجلی مستقیم تعهد این مرکز به ده گام‌های جهانی و تثبیت جایگاه دوستدار کودک در عمل بوده است.

در راستای رسالت آموزشی بیمارستان نور، هفته جهانی تغذیه با شیر مادر با رویکردی متفاوت و متمرکز بر «توانمندسازی مادران» گرامی داشته شد. این برنامه ترکیبی از رویکردهای پژوهشی، آموزشی و حمایتی بود که با هدف ارتقای آگاهی و ایجاد فضای مثبت برای تداوم شیردهی اجرا گردید.



تغذیه نوزادان با شیر مادر

طاهره قاسمی نژاد، کارشناس آموزش، معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران

تغذیه با شیر مادر یکی از مؤثرترین راهکارهای ارتقای سلامت نوزادان و مادران است. سازمان جهانی بهداشت (WHO) و یونیسف (UNICEF) با هدف افزایش موفقیت در شیردهی، برنامه «بیمارستان دوستدار کودک» را طراحی و اجرا کرده‌اند. اساس این برنامه، اجرای ده اقدام موفق برای تغذیه با شیر مادر است که رعایت آن موجب افزایش شروع زود هنگام شیردهی، تداوم تغذیه انحصاری با شیر مادر و کاهش میزان مرگومیر نوزادان می‌شود.

در راستای اجرای ده اقدام بیمارستان دوستدار کودک، بیمارستان‌ها باید دستورالعمل‌های مکتوب مربوط به حمایت از تغذیه با شیر مادر را تهیه کرده و به‌طور منظم در اختیار تمامی کارکنان قرار دهند. همچنین، اجرای این دستورالعمل‌ها به‌صورت مستمر پایش شود. تمامی کارکنانی که به هر نحوی با مادر و نوزاد در ارتباط هستند، باید از ابتدای استخدام آموزش‌های لازم را دریافت کنند و به‌منظور حفظ و ارتقای مهارت‌های خود، به‌طور منظم در دوره‌های بازآموزی شرکت نمایند. ارزیابی اثربخشی این آموزش‌ها نیز باید به‌صورت مستمر انجام شود.

در دوران بارداری، لازم است مادران درباره فواید شیر مادر، روش صحیح شیردهی و نحوه پیشگیری و رفع مشکلات احتمالی آن آموزش ببینند. این آموزش‌ها باید مطابق دستورالعمل‌های وزارت بهداشت و با استفاده از روش‌های استاندارد ارائه شود. همچنین، تماس پوست با پوست مادر و نوزاد بلافاصله پس از تولد و آغاز شیردهی در ساعت اول زندگی، از اقدامات ضروری برای موفقیت در تغذیه با شیر مادر محسوب می‌شود.

به‌منظور تداوم شیردهی، کارکنان درمان باید روش صحیح در آغوش گرفتن نوزاد، وضعیت مناسب شیردهی و نحوه برخورد با مشکلات شایع مانند احتقان پستان، زخم نوک پستان و کاهش تولید شیر را به مادران آموزش دهند. همچنین، دوشیدن صحیح شیر به‌صورت دستی یا با استفاده از شیردوش و نحوه نگهداری آن باید به مادر آموزش داده شود تا در صورت جدایی موقت مادر و نوزاد، تغذیه با شیر مادر ادامه یابد.

در شش ماه نخست زندگی، نوزاد باید به‌صورت انحصاری با شیر مادر تغذیه شود و از دادن هرگونه مایع یا غذای دیگر، مگر در مواردی که از نظر پزشکی ضروری باشد، خودداری گردد. نیاز نوزاد به شیر باید بر اساس علائم گرسنگی و بدون محدودیت زمانی پاسخ داده شود.

استفاده از شیشه شیر و پستانک در روزهای نخست زندگی می‌تواند موجب اختلال در مکیدن صحیح پستان و کاهش موفقیت شیردهی شود؛ بنابراین، استفاده از آن‌ها در بیمارستان ممنوع است، مگر در مواردی که پزشک بر اساس ضرورت پزشکی تجویز کرده باشد.

پس از ترخیص، حمایت از مادران باید ادامه یابد. در صورت بروز هرگونه مشکل در شیردهی، مادران باید به مراکز حمایتی یا کلینیک‌های شیردهی ارجاع شوند تا خدمات مشاوره تخصصی دریافت کنند.

اجرای صحیح برنامه بیمارستان دوستدار کودک موجب افزایش میزان تغذیه انحصاری با شیر مادر، کاهش عفونت‌های نوزادی، تقویت پیوند عاطفی مادر و نوزاد، کاهش مدت بستری و بهبود کیفیت خدمات بیمارستانی می‌شود.

در مجموع، برنامه ده اقدام بیمارستان دوستدار کودک یکی از موفق‌ترین برنامه‌های جهانی در ارتقای سلامت مادر و نوزاد است. اجرای صحیح این اقدامات، همراه با همکاری پزشکان، پرستاران، ماماها و مدیران بیمارستان، نقش مهمی در افزایش سلامت جامعه، کاهش بیماری‌های دوران نوزادی و ترویج تغذیه با شیر مادر خواهد داشت.

دفتر پرستاری



مراقبت انسان محور در بخش مراقبت‌های ویژه (H-ICU)

دکتر گابریل هراس لا کایه (G. Heras La Calle)، متخصص مراقبت‌های ویژه

بنیان‌گذار و مدیر پروژه بین‌المللی پژوهش برای انسان محور کردن بخش‌های مراقبت ویژه (H-ICU Project)، اسپانیا می‌باشد و در واحد مراقبت‌های ویژه، بیمارستان دانشگاهی تورخون، مادرید، اسپانیا؛ دانشگاه فرانسیسکو د ویتوریا، مادرید، اسپانیا به‌عنوان مدیر برنامه کارشناسی ارشد مراقبت‌های سلامت انسان محور، دانشگاه بارسلونا، اسپانیا در حال فعالیت است.

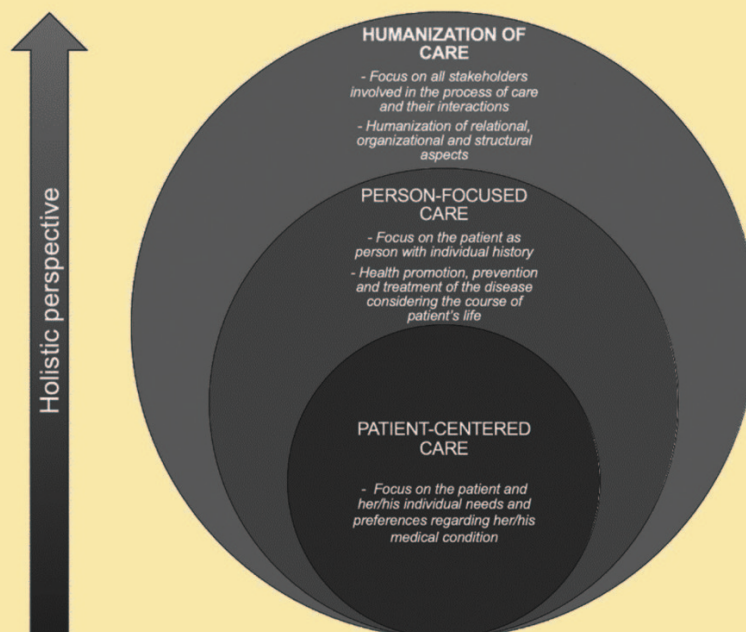
ایشان به‌عنوان توسعه‌دهنده مدل H-ICU (Humanizing Intensive Care Units) در سطح بین‌المللی شناخته شده بوده و در حال حاضر در مراکز درمانی کشورهای مختلف این مدل در حال اجرا و متناسب‌سازی شدن می‌باشد.



این مطلب توسط ایشان برای چاپ در اختیار مجله نور طبیان قرار گرفته است. مفهوم مراقبت در طول زمان به تدریج تکامل یافته است؛ مسیری که از مراقبت بیمار محور (Patient-Centered Care) آغاز شد، سپس به مراقبت فرد محور (Per-Focused Care) رسید و در نهایت به مفهوم جامع‌تر مراقبت انسان

محور (Humanized Care) منتهی شد. این سه رویکرد را می‌توان به‌صورت سه دایره تو در تو در نظر گرفت؛ به‌گونه‌ای که مراقبت بیمار محور در مرکز قرار دارد و مراقبت انسان محور، بیرونی‌ترین و جامع‌ترین سطح این دایره را تشکیل می‌دهد. بنابراین، این سه رویکرد از نظر مفهومی همپوشانی زیادی داشته و اصول مشترک زیادی دارند.

مراقبت انسان محور پیشرفته‌ترین مرحله در این روند تکاملی محسوب می‌شود. این رویکرد، اصول اساسی رویکردهای پیشین را در بر می‌گیرد؛ از جمله نگاه جامع به بیمار، درک بیماری در چارچوب گسترده‌تر زندگی فرد، احترام به ارزش‌ها و ترجیحات بیماران، و مشارکت فعال آن‌ها در تصمیم‌گیری‌های بالینی. با این حال، مراقبت انسان محور تنها به این اصول محدود نمی‌شود؛ بلکه شامل تمامی افراد دخیل در فرآیند مراقبت نیز می‌شود؛ از جمله بیماران، خانواده‌های آنان و متخصصان حوزه سلامت. مراقبت انسان محور همچنین، تعاملات و روابط میان این افراد را نیز بخش مهمی از فرآیند مراقبت می‌داند.



شکل ۱. تکامل مراقبت از بیمار: از مراقبت بیمار محور تا مراقبت

یکی از جامع‌ترین چارچوب‌هایی که برای توسعه و ترویج مراقبت انسان محور در مراقبت‌های ویژه ارائه شده است، مدل انسان محور سازی بخش‌های مراقبت ویژه (Humanizing Intensive Care - HU-CI) است. این مدل نخستین بار توسط دکتر گابریل هراس لا کایه و همکارانش در اسپانیا و در اواسط دهه ۲۰۱۰ طراحی شد و در سال ۲۰۱۹ به‌طور رسمی به‌عنوان یک چارچوب ساختاریافته برای ارزیابی و بهبود کیفیت مراقبت انسان محور در بیمارستان‌ها معرفی گردید. مدل HU-CI شامل هفت حوزه راهبردی است که هدف آن ایجاد محیطی جامع و مبتنی بر کیفیت، برای دستیابی به یک واحد یکپارچه مراقبت، شامل بیماران، خانواده‌ها و کارکنان سلامت است.

۱. بخش مراقبت‌های ویژه با درهای باز (Open-Door ICU)

این حوزه یکی از پایه‌های اصلی دسترسی‌پذیری و شفافیت در مراقبت‌های ویژه محسوب شده و با فاصله گرفتن از محدودیت‌های سنتی ملاقات در بخش مراقبت‌های ویژه، حضور و مشارکت خانواده‌ها را تقویت می‌کند و آن‌ها را نه به عنوان افراد صرفاً ناظر، بلکه به‌عنوان افرادی که در روند بهبودی بیمار شریک‌اند، در نظر می‌گیرد.

۲. ارتباط مؤثر (Effective Communication)

این حوزه فراتر از تبادل ساده اطلاعات میان دو طرف است و بر همدلی، شفافیت و بعد انسانی ارتباطات تأکید دارد. ارتباط مؤثر، حلقه ارتباطی حیاتی میان تمامی افراد حاضر در فرآیند مراقبت است و موجب هماهنگی، درک متقابل و حمایت عاطفی از بیماران، خانواده‌ها و کارکنان می‌شود.

۳. رفاه بیمار (Patient Well-being)

این حوزه بر نیازهای جامع و همه‌جانبه بیمار تمرکز دارد و اطمینان حاصل می‌کند که آسایش بیمار و حفظ کرامت انسانی او به همان اندازه که حفظ ثبات وضعیت فیزیولوژیک او مورد توجه است، اهمیت پیدا کند.

۴. مراقبت از متخصصان بخش مراقبت‌های ویژه (Caring for ICU Professionals)

از دیدگاه راهبردی و استراتژیک، توجه به سلامت کارکنان بخش مراقبت‌های ویژه یک ضرورت اساسی برای تداوم عملکرد و بقای مراکز درمانی است. این حوزه بر سلامت جسمی و حمایت عاطفی از ارائه‌دهندگان خدمات سلامت تمرکز دارد، به طور مستقیم با بحران فرسودگی شغلی (Burnout) مقابله می‌کند و به حفظ پایداری وضعیت نیروی انسانی در بلند مدت کمک می‌نماید.

۵. سندرم پس از مراقبت‌های ویژه (Post-Intensive Care Syndrome - PICS)

این حوزه به پیامدهای بلندمدت بیماری و وخیم و شرایط بحرانی بر سلامت جسمی، عملکرد شناختی و وضعیت روانی بیماران می‌پردازد. هدف آن کاهش فشار و بار ناشی از این عوارض بر نظام سلامت و بهبود کیفیت زندگی بیمارانی است که پس از تجربه یک وضعیت بحرانی از بخش مراقبت‌های ویژه ترخیص می‌شوند.

۶. مراقبت پایان زندگی (End-of-Life Care)

این حوزه بر فراهم کردن محیطی مبتنی بر کرامت، احترام و همدلی تمرکز دارد و تلاش می‌کند اطمینان حاصل شود که مرحله پایانی زندگی با بالاترین سطح احترام نسبت به بیمار و خانواده او مدیریت شود.

۷. زیرساخت انسان‌محور بخش مراقبت‌های ویژه (Humanized ICU Infrastructure)

این حوزه ارتباط مستقیمی میان طراحی محیط، شامل نورپردازی، شرایط صوتی (آکوستیک) و چیدمان فضا و کیفیت مراقبت برقرار می‌کند. این دیدگاه تأکید دارد که محیط، عاملی قدرتمند در تعیین میزان آسایش و رفاه تمامی افراد حاضر در بخش مراقبت‌های ویژه است.

در حال حاضر HU-CI به یک پروژه جهانی تبدیل شده است که دارای وبسایت رسمی و تیمی بین‌رشته‌ای متشکل از متخصصان حوزه سلامت، بیماران و نمایندگان خانواده‌هاست. فعالیت‌های اصلی این پروژه در اسپانیا متمرکز است، اما با این وجود، این پروژه به‌طور فعال با شرکای بین‌المللی همکاری می‌کند تا شیوه‌های مراقبت انسان‌محور را در بخش‌های مراقبت ویژه مراکز درمانی سراسر جهان توسعه داده و به اجرا بگذارد.

با تأکید بر فردمحوری، همدلی و مراقبت معنادار، مدل HU-CI چارچوبی ارزشمند برای تحول در شیوه‌های مراقبت از بیماران بدحال ارائه می‌دهد. این مدل، چشم‌اندازی آینده‌نگر برای ارتقای حرفه پرستاری فراهم می‌کند و در عین حال به نیازهای پیچیده انسانی بیماران بدحال توجه دارد. اکنون زمان آن فرا رسیده است که مؤسسات آموزشی، سیاست‌گذاران حوزه سلامت و رهبران حرفه پرستاری، مدل‌های مراقبت انسان‌محور مانند HU-CI را به‌عنوان بخشی جدایی‌ناپذیر از سیاست‌های سلامت و فعالیت‌های بالینی به رسمیت بشناسند. چنین اقدامی می‌تواند زمینه به‌کارگیری مؤثر این رویکردها را در تمامی سطوح نظام سلامت فراهم کند.



شکل ۲. مدل HU-CI: چارچوبی ساختاریافته برای کیفیت

توجه: چاپ این مقاله به معنای تأیید کامل مطالب نویسنده از طرف نشریه طبیبان نور نیست، بلکه صرفاً هدف ارائه نگاه جدید نویسنده به مخاطبین خصوصاً متخصصان مراقبت‌های ویژه می‌باشد.

نارسایی قلب؛ بیماری شایع، قابل کنترل و نیازمند تشخیص زودهنگام

دکتر شیدا کشاوری، متخصص بیماری های قلب و عروق، فلوشیپ اکوکاردیوگرافی

نارسایی قلب (Heart Failure) یکی از مهم ترین علل بستری و مرگومیر در سراسر جهان است و شیوع آن با افزایش سن، فشار خون، دیابت و بیماری های عروق کرونر رو به افزایش است. برخلاف تصور عموم، نارسایی قلب به معنای «از کار افتادن قلب» نیست، بلکه وضعیتی است که در آن قلب قادر نیست خون را به اندازه کافی برای تامین نیازهای بدن پمپ کند یا تنها با افزایش فشارهای پرشدگی این کار را انجام می دهد.

امروزه با پیشرفت روش های تشخیصی و درمانی، نارسایی قلب از بیماری ای با پیش آگهی بسیار نامطلوب به بیماری ای تبدیل شده است که در صورت تشخیص به موقع و درمان مناسب، بسیاری از بیماران می توانند سال ها با کیفیت زندگی مطلوب به فعالیت خود ادامه دهند.

نارسایی قلب چگونه ایجاد می شود؟

قلب مانند یک پمپ عمل می کند. هر عاملی که باعث آسیب عضله قلب یا اختلال در عملکرد آن شود، می تواند در نهایت منجر به نارسایی قلب شود. شایع ترین علل عبارتند از:

- بیماری عروق کرونر و سکته قلبی
- فشار خون کنترل نشده
- بیماری های دریچه ای قلب
- کاردیومیوپاتی ها و جهش های ژنتیکی
- آریتمی های طولانی مدت
- برخی بیماری های مادرزادی قلب
- مصرف برخی داروهای شیمی درمانی و مواد مخدر
- بیماری های التهابی و ویروسی که شایع ترین آن ها ویروس های آنفلوآنزا و کرونا هستند.

از نظر عملکرد، نارسایی قلب به چهار گروه اصلی تقسیم می شود:

۱. نارسایی قلب با کاهش کسر جهش: (HFrEF)

در این حالت، قدرت انقباض قلب کاهش یافته و معمولاً EF کمتر از ۴۰ درصد است.

۲. نارسایی قلب با کسر جهشی حفظ شده: (HFpEF)

این حالت از چالش برانگیزترین موارد نارسایی قلب است و ۵۰ درصد از موارد نارسایی قلب را شامل می شود؛ اما تشخیص آن در بالین دشوار است، چراکه قدرت انقباض نسبتاً طبیعی است، اما قلب سفت شده و در مرحله پرشدن دچار اختلال می شود. این نوع در سالمندان و افراد مبتلا به فشار خون، دیابت و چاقی بسیار شایع است.

۳. نارسایی قلب با کاهش خفیف کسر جهشی قلب: (HFmrEF)

در این حالت، کاهش مختصر عملکرد انقباضی قلب دیده می شود و EF در محدوده ۴۰-۵۰ درصد است.

۴. نارسایی قلب با بهبود کسر جهشی قلب: (HF improved EF)

گروهی از بیماران که قبلاً افت قابل توجه کسر جهشی بطن چپ داشته اند و با درمان، کسر جهشی آن ها به بالای ۵۰ درصد رسیده است؛ اما علی رغم این بهبود قابل توجه، اختلال در سطح سلولی و مولکولی سلول های قلب (کاردیومیوسیت ها) وجود دارد و این بیماران همچنان نیاز به مصرف دارو و پیگیری منظم دارند.

در بسیاری از مطالعات و مقالات سال ۲۰۲۶، گروه اول، یعنی HFrEF، و گروه سوم، یعنی HFmrEF، در یک گروه قرار گرفته و رویکرد بالینی یکسانی برای آن ها در نظر گرفته می شود.

چه زمانی به نارسایی قلب شک کنیم؟

علائمی مانند تنگی نفس هنگام فعالیت، تنگی نفس هنگام خواب یا نیاز به چند بالش، خستگی زودرس، کاهش تحمل فعالیت، ورم پاها و مچ پا، افزایش وزن ناگهانی به دلیل تجمع مایع، احساس تپش قلب، سرفه های شبانه یا خس خس سینه می توانند از علائم نارسایی قلب باشند.

البته همه بیماران تمام این علائم را ندارند و گاهی تنها علامت، کاهش توانایی انجام فعالیت های روزمره است.

نارسایی قلب چگونه تشخیص داده می شود؟

تشخیص نارسایی قلب تنها بر اساس علائم نیست و ترکیبی از شرح حال، معاینه و بررسی های تکمیلی مورد نیاز است. مهم ترین اقدامات تشخیصی شامل موارد زیر است:

• نوار قلب (ECG)

• عکس قفسه سینه

• اکوکاردیوگرافی؛ مهم ترین روش ارزیابی ساختمان و عملکرد قلب

• آزمایش خون NT-proBNP که در تشخیص و رد نارسایی قلب کمک کننده است.

• آزمایش های خون برای بررسی عملکرد کلیه، کم خونی، تیروئید و اختلالات الکترولیتی

• در برخی بیماران، بسته به شرایط، MRI قلب، آنژیوگرافی یا کت راست نیز ممکن است ضروری باشد.

درمان؛ فراتر از مصرف دارو

درمان نارسایی قلب تنها به تجویز دارو محدود نمی شود، بلکه مجموعه ای از اقدامات دارویی و غیردارویی است.

درمان دارویی:

بر اساس جدیدترین راهنماهای علمی، چهار گروه اصلی دارویی در بیماران مبتلا به HFrEF شامل موارد زیر است:

۱. مهارکننده های سیستم رنین - آنژیوتانسین (ARB، ACEI یا ARNI) که داروهای متعددی در بازار دارویی ایران در این دسته قرار می گیرند، اما مهم ترین آن ها قرص ساکوبیتریل / والزارتان است.

۲. بتابلوکرهایی مانند بیزوپرولول، کارودیلول و متوپرولول سوکسینات

۳. آنتاگونیست های گیرنده مینرالوکورتیکوئید (MRA)، شامل قرص اپلرنون، اسپیرونولاکتون یا فینرنون

۴. مهارکننده‌های SGLT۲ (قرص امپاگلیفلوزین یا داپافلوگزین)

این داروها علاوه بر کاهش علائم، باعث کاهش مرگ‌ومیر و بستری مجدد بیماران نیز می‌شوند. اما با توجه به شرایط بیمار، ممکن است از داروهای ادرارآور مانند فوروزماید یا تورزماید، دیگوکسین، ایوبرادین و... استفاده شود. در بیماران مبتلا به HFpEF نیز کنترل فشار خون، درمان بیماری‌های همراه مانند آپنه خواب و دیابت و کاهش وزن، سنگ بنای درمان است.

داروهای مورد استفاده در این گروه از بیماران شامل مهارکننده‌های SGLT۲، کنترل احتقان با استفاده از داروهای مدر (مانند فوروزماید یا تورزماید) و مهارکننده‌های MRA است.

آیا تنها گزینه درمانی مبتلایان به نارسایی قلب، درمان دارویی است؟

خیر، گاهی بر اساس ارزیابی انجام‌شده، پزشک و تیم درمانی قلب (Heart Team) تصمیم به انجام آنژیوگرافی و آنژیوپلاستی و باز کردن عروق کرونری دارای انسداد می‌گیرند.

گاهی ممکن است عمل جراحی قلب باز، پیوند عروق کرونری (CABG) یا جراحی‌های تعویض یا ترمیم دریچه‌های قلب یا اصلاح بیماری‌های مادرزادی قلب، گزینه مناسبی برای بیمار باشد.

در مواردی، اصلاح اختلالات دریچه قلب به روش بسته و از طریق آنژیوگرافی، شامل تعویض دریچه آنورت به روش بسته (TAVI)، ترمیم بسته نارسایی دریچه میترال یا تریکوسپید (TEER) یا بالون زدن تنگی دریچه میترال به روش آنژیوگرافیک (PTMC)، کمک قابل توجهی به بهبود علائم، بهبود کیفیت زندگی و افزایش کسر جهشی بطن چپ این بیماران می‌کند.

در گروهی از بیماران، انجام پروسیجر ابلیشن آریتمی‌های قلبی، تعیبه پیس‌میکر، ICD یا CRT ضروری است. در موارد بسیار شدید و در بیمارانی که وابسته به داروهای تزریقی هستند و امکان ترخیص آن‌ها وجود ندارد، ممکن است بیمار کاندید استفاده از دستگاه کمک بطن چپ (LVAD) یا پیوند قلب شود.

مفخریم که به اطلاع همشهریان عزیز برسانیم در مجموعه بیمارستان تخصصی و فوق تخصصی نور شهریار، با حضور استادان برجسته قلب و عروق کشور و بهره‌مندی از یک Heart Team قوی، تمام درمان‌های غیردارویی و پیشرفته نارسایی قلب ارائه می‌شود.

فقط در صورت تشخیص تیم درمانی به لزوم استفاده از LVAD یا نیاز به پیوند قلب، بیمار به مراکز دانشگاهی معتبر ارجاع می‌شود.

نقش پرستاران و کادر درمان:

با توجه به اینکه نارسایی قلب بیماری مزمن و نیازمند پیگیری مادام‌العمر است، پرستاران نقش بسیار مهمی در موفقیت درمان بیماران مبتلا به نارسایی قلب دارند. آموزش صحیح بیمار درباره نحوه مصرف داروها، بررسی عوارض داروها و تشویق بیمار به پایبندی به درمان، از مهم‌ترین وظایف تیم پرستاری است.

در بسیاری از مطالعات دیده شده است که پیگیری تیم پرستاری پس از ترخیص بیماران، تاثیر قابل توجهی در کاهش میزان بستری مجدد و بهبود کیفیت زندگی بیماران دارد.

توصیه به بیماران مبتلا به نارسایی قلب:

بیمار مبتلا به نارسایی قلب باید شریک فعال درمان خود باشد.

- داروها را دقیقاً طبق دستور پزشک مصرف کنید.
- هر روز صبح پس از بیدار شدن، خود را وزن کنید و در صورت افزایش وزن بیش از دو کیلوگرم طی سه روز، سریعاً به پزشک خود مراجعه کنید.
- مصرف نمک را به ۲ تا ۳ گرم سدیم در روز کاهش دهید.
- مصرف مایعات را در حد منطقی نگه دارید؛ نه آن‌قدر کم که عملکرد کلیه مختل شود و نه آن‌قدر زیاد که دچار تشدید علائم ورم و تنگی نفس شوید.
- بدون نظر پزشک، مصرف داروها را قطع نکنید.
- از مصرف خودسرانه داروهای مسکن مانند دیکلوفناک، ژلوفن، ایبوپروفن، سلکسیب و ... اجتناب کنید.
- واکسیناسیون سالانه آنفلوانزا را جدی بگیرید.
- در مکان‌های شلوغ و پرجمعیت، حتماً از ماسک استفاده کنید.
- در صورت بروز عفونت‌های تنفسی یا ادراری، سریعاً برای شروع درمان و تنظیم داروهای نارسایی قلب به پزشک خود مراجعه کنید.
- از مصرف سیگار و الکل جدا اجتناب کنید.
- اگر مبتلا به چاقی و اضافه‌وزن هستید، حتماً وزن خود را کاهش دهید.
- بیماری‌های همراه، مانند دیابت و فشار خون، را به خوبی کنترل کنید.
- اگر هنگام خواب خروپف می‌کنید و با وجود خواب کافی احساس خواب‌آلودگی دارید، حتماً به پزشک خود اطلاع دهید تا شما را از نظر «آپنه خواب» ارزیابی کند.
- از مصرف خودسرانه مکمل‌ها و دمنوش‌های گیاهی اجتناب کنید.

منابع:

1. Braunwald's Heart Disease. 13th ed. Elsevier; 2026.
2. Walsh MN, et al. Second Universal Definition of Heart Failure. J Am Coll Cardiol. 2026.
3. Liori S, et al. Heart Failure Evidence Update 2026.
4. Sinha SS, et al. 2025 ACC Expert Consensus. J Am Coll Cardiol. 2025.

فشار خون بالا: رویکردی کاربردی برای کادر درمان

دکتر نرگس یوسف پور، فلوشیپ انترنشنال کاردیولوژی، فلوشیپ تصویربرداری قلب و عروق، فلوشیپ درمان پیشرفته بیماری های عروق و واریس

تعریف فشار خون و پرفشاری خون

فشار خون نیرویی است که خون هنگام عبور از شریان ها به دیواره رگ وارد می کند و با دو عدد بیان می شود: فشار سیستولیک، یعنی فشار هنگام انقباض قلب، و فشار دیاستولیک، یعنی فشار هنگام استراحت قلب بین ضربان ها. برای نمونه، فشار خون ۱۲۰/۸۰ mmHg به معنی سیستولیک ۱۲۰ و دیاستولیک ۸۰ میلی متر جیوه است. پرفشاری خون یا Hypertension یک بیماری مزمن است که در آن فشار خون به طور پایدار بالاتر از محدوده طبیعی قرار می گیرد. تشخیص نباید بر اساس یک اندازه گیری منفرد، به ویژه در شرایط درد، اضطراب، تب، فعالیت بدنی، مصرف کافئین یا بستری حاد، گذاشته شود. اندازه گیری صحیح با کاف مناسب، استراحت کافی بیمار، وضعیت مناسب بازو و تکرار اندازه گیری اهمیت اساسی دارد.

در رویکرد نوین بالینی، پرفشاری خون صرفاً ثبت یک عدد بالا در دستگاه فشارسنج نیست؛ بلکه یک «واسکولوپاتی و اختلال اندوتلیال سیستمیک پیش رونده» است. از نظر همودینامیک پایه، فشار خون برآیند برون ده قلبی و مقاومت عروق محیطی است.

$$BP = CO \times SVR$$

در حالت پاتولوژیک، این معادله به دلیل مجموعه ای از اختلالات آبشاری به هم می ریزد:

- اختلال عملکرد اندوتلیال: کاهش تولید نیتریک اکساید (گشادکننده عروق) و افزایش بیان اندوتلین ۱ - (تنگ کننده قوی عروق).
- بیش فعالی مزمن RAAS و سیستم سمپاتیک: که منجر به بازسازی ساختار دیواره عروق و افزایش سفتی شریانی می شود.

- طبیعی (Normal): سیستولیک $120 > \text{mmHg}$ و دیاستولیک $80 > \text{mmHg}$
- بالارفته (Elevated): سیستولیک ۱۲۰ تا ۱۲۹ mmHg و دیاستولیک $80 > \text{mmHg}$
- مرحله ۱ (Stage ۱): سیستولیک ۱۳۰ تا ۱۳۹ mmHg یا دیاستولیک ۸۰ تا ۸۹ mmHg
- مرحله ۲ (Stage ۲): سیستولیک $140 \leq \text{mmHg}$ یا دیاستولیک $90 \leq \text{mmHg}$

بیشتر موارد پرفشاری خون اولیه یا Essential هستند و علت واحد مشخصی ندارند. سن، سابقه خانوادگی، چاقی، مصرف زیاد نمک، کم تحرکی، دیابت، سیگار، مصرف الکل، استرس و اختلالات خواب در ایجاد آن نقش دارند. در درصد کمتری از بیماران، پرفشاری خون ثانویه در اثر بیماری های کلیوی، اختلالات غدد درون ریز، آپنه انسدادی خواب، تنگی شریان کلیوی یا برخی داروها مانند NSAID ها، کورتیکواستروئیدها، داروهای ضداحتقان و قرص های جلوگیری ایجاد می شود.

عوارض فشار خون بالا

پرفشاری خون اغلب بدون علامت است و به همین علت «بیماری خاموش» نامیده می شود. نبود سردرد یا سرگیجه به معنی کنترل مناسب فشار خون نیست. افزایش طولانی مدت فشار خون به عروق و اندام های هدف آسیب وارد می کند و می تواند سبب عوارض زیر شود:

- بیماری عروق کرونر، آنژین، سکته قلبی و نارسایی قلبی
- هیپرتروفی بطن چپ، آریتمی و افزایش خطر مرگ قلبی عروقی
- سکته مغزی ایسکمیک یا خونریزی دهنده و اختلالات شناختی
- بیماری مزمن کلیه، پروتئینوری و نارسایی کلیه
- رتینوپاتی پرفشاری خون و اختلال بینایی
- بیماری شریان محیطی، آنوریسم آئورت و دایسکشن آئورت

افزایش شدید فشار خون همراه با شواهد آسیب حاد اندام هدف، مانند درد قفسه سینه، تنگی نفس، علائم عصبی کانونی، کاهش سطح هوشیاری، اختلال بینایی، نارسایی حاد کلیه یا ادم حاد ریه، یک وضعیت اورژانسی است. در چنین شرایطی، کاهش فشار خون باید کنترل شده، با پایش مداوم و بر اساس دستور پزشک انجام شود؛ کاهش سریع و بی رویه می تواند خون رسانی مغز، قلب و کلیه را مختل کند.

درمان فشار خون بالا

هدف درمان، صرفاً پایین آوردن عدد فشار خون نیست؛ بلکه کاهش خطر سکته مغزی، بیماری قلبی، نارسایی کلیه و مرگ و میر است. درمان باید فردمحور باشد و عواملی مانند سن، بارداری، دیابت، بیماری کلیوی، سابقه بیماری قلبی، داروهای هم زمان و خطر سقوط در سالمندان در نظر گرفته شود.

اصلاح سبک زندگی پایه درمان همه بیماران است. کاهش دریافت نمک، الگوی غذایی سالم، کنترل وزن، فعالیت بدنی منظم، ترک دخانیات، محدود کردن الکل، بهبود خواب و مدیریت استرس، اثربخشی قابل توجهی دارند. رژیم غذایی DASH شامل سبزیجات، میوه‌ها، غلات کامل، لبنیات کم‌چرب، حبوبات و منابع پروتئینی کم‌چرب است و می‌تواند در کنترل فشار خون موثر باشد.

درمان دارویی معمولاً شامل یک یا ترکیبی از گروه‌های زیر است:

- دیورتیک‌های تیازیدی یا شبه‌تیازیدی
- مهارکننده‌های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACEI)
- مسدودکننده‌های گیرنده آنژیوتانسین (ARB) (II)
- مسدودکننده‌های کانال کلسیم (CCB)

بتابلوکرها در همه بیماران داروی خط اول محسوب نمی‌شوند، اما در شرایطی مانند بیماری عروق کرونر، نارسایی قلبی یا برخی آریتمی‌ها کاربرد مهمی دارند. پایش عوارض دارویی ضروری است: سرفه و افزایش پتاسیم در ACEI ها، ادم محیطی در برخی CCBها، اختلالات الکترولیتی در دیورتیک‌ها و برادیکاردی در بتابلوکرها از موارد مهم‌اند. ACEI و ARB نباید هم‌زمان تجویز شوند و در بارداری ممنوع هستند.

نقش کادر درمان شامل اندازه‌گیری استاندارد فشار خون، ارزیابی علائم آسیب اندام هدف، بررسی پایبندی دارویی، آموزش بیمار، شناسایی عوارض درمان، ثبت دقیق یافته‌ها و ارجاع به‌موقع است. باید به بیمار تاکید شود که داروها را خودسرانه قطع، کم یا زیاد نکند.

پیشگیری از فشار خون بالا

پیشگیری از پرفشاری خون از دوران جوانی آغاز می‌شود و در افراد دارای سابقه خانوادگی یا عوامل خطر اهمیت بیشتری دارد. راهکارهای اصلی عبارت‌اند از:

- محدود کردن نمک خوراکی و پرهیز از غذاهای فرآوری‌شده، کنسروی و فست‌فود
- حفظ وزن مناسب و کاهش وزن تدریجی در افراد دارای اضافه‌وزن
- حداقل ۱۵۰ دقیقه فعالیت هوازی متوسط در هفته، متناسب با وضعیت بیمار
- مصرف کافی میوه، سبزی، حبوبات و غلات کامل
- ترک سیگار و پرهیز از مواجهه با دود دخانیات
- کنترل دیابت، چربی خون و بیماری‌های کلیوی
- خواب کافی و ارزیابی آپنه خواب در افراد پرخطر
- اندازه‌گیری دوره‌ای فشار خون، حتی در افراد بدون علامت

باورهای غلط درباره فشار خون

یکی از باورهای رایج این است که «فشار خون بالا همیشه با سردرد، سرگیجه یا تپش قلب همراه است.» در واقع، بسیاری از بیماران هیچ علامتی ندارند. باور غلط دیگر این است که «اگر فشار خون یک‌بار طبیعی باشد، دیگر نیازی به پیگیری نیست.» فشار خون متغیر است و ارزیابی باید با اندازه‌گیری‌های تکراری و شرایط استاندارد انجام شود. برخی بیماران تصور می‌کنند دارو فقط زمانی لازم است که فشار خون بالا برود یا علائمی ایجاد شود. این برداشت خطرناک است؛ داروهای ضدفشارخون برای کنترل پایدار فشار و پیشگیری از عوارض تجویز می‌شوند. همچنین، طبیعی شدن فشار خون در اثر دارو به معنی بهبود قطعی بیماری و مجاز بودن قطع دارو نیست.

در همین راستا، این تصور که «پرفشاری خون همواره با سردرد شدید و خون‌دماغ همراه است»، از نظر بالینی رد می‌شود؛ چراکه در بیش از ۹۰ درصد موارد، این بیماری کاملاً بدون علامت است و علائم حادی مانند سردرد شدید یا خون‌دماغ تنها در بحران‌های پرفشاری خون (زمانی که فشار خون به ۱۸۰ روی ۱۲۰ میلی‌متر جیوه یا بالاتر می‌رسد) بروز می‌کنند.

همچنین، برخی افراد گمان می‌کنند «فشار خون روپوش سفید» پدیده‌ای کاملاً بی‌خطر و گذرا است؛ در حالی که این بیماران اغلب دچار اختلال در تنظیم سیستم عصبی اتونوم هستند و در معرض خطر بالاتری برای ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی قرار دارند. به همین دلیل، ارزیابی دقیق آن‌ها با استفاده از روش‌هایی مانند پایش ۲۴ ساعته فشار خون سرپایی ضرورت دارد.

باور اشتباه دیگر این است که «بالا بودن فشار خون سیستمیک در سالمندان پدیده‌ای طبیعی و ناشی از افزایش سن است و نیاز به مداخله ندارد.» واقعیت این است که پرفشاری سیستمیک ایزوله در سنین بالا، با افزایش سفتی دیواره عروق و در نتیجه افزایش فشار نبض (تفاضل فشار سیستمیک و دیاستولیک) همراه است که خود یک عامل خطر مستقل و جدی برای سکت‌های مغزی و قلبی به شمار می‌رود.

درمان‌های غلط و رفتارهای پرخطر در مدیریت پرفشاری خون

مصرف خودسرانه داروهای ضدفشارخون، استفاده از نسخه دیگران، دو برابر کردن دوز دارو پس از مشاهده یک عدد بالا در دستگاه یا قطع ناگهانی درمان، از اقدامات نادرست و بسیار خطرناک است. به‌ویژه قطع ناگهانی داروهایی مانند بتابلوکرها

یا کلونیدین می‌تواند به افزایش شدید و برگشتی فشار خون (بحران بازگشتی) منجر شود. همچنین، کاهش سریع فشار خون در منزل یا بخش، بدون ارزیابی دقیق بالینی و دستور درمانی، اقدام نادرستی است. در بیمارانی که با فشار خون بسیار بالا مراجعه می‌کنند، تصمیم درمانی باید بر پایه وجود یا عدم وجود آسیب حاد اندام‌های هدف اتخاذ شود، نه اینکه صرفاً عدد ثبت‌شده در دستگاه ملاک عمل قرار گیرد.

در مدیریت اورژانسی بیمار، یکی از درمان‌های غلط و بسیار پرخطر که در گذشته رایج بوده، تجویز کپسول نیفدیپین به صورت زیرزبانی است. مکانیسم خطر این اقدام به این صورت است که افت ناگهانی و غیرقابل کنترل فشار خون، به شدت فشار خون‌رسانی مغزی و قلبی را کاهش داده و ریسک بروز سکته مغزی یا سکته حاد قلبی را به‌طور جدی افزایش می‌دهد. پروتکل علمی و صحیح در این شرایط، کاهش تدریجی میانگین فشار شریانی به میزان حداکثر ۲۰ تا ۲۵ درصد در ساعت اول است که باید با پایش مداوم و با استفاده از پمپ انفوزیون داروهای وریدی قابل تنظیم انجام شود. میانگین فشار شریانی نیز به‌صورت مجموع فشار سیستولیک و دو برابر فشار دیاستولیک، تقسیم بر سه، محاسبه می‌شود.

از سوی دیگر، استفاده از داروهای گیاهی، دمنوش‌ها، سیر، آپلیمو یا سرکه به‌عنوان جایگزین درمان استاندارد به‌هیچ وجه علمی نیست. برای نمونه، بررسی‌ها نشان می‌دهند ترکیبات گیاهی نظیر عصاره سیر در بهترین حالت تنها حدود ۴ تا ۵ میلی‌متر جیوه فشار خون را کاهش می‌دهند و هرگز نباید به‌عنوان جایگزین درمان اصلی، به‌ویژه در بیماران مبتلا به پرفشاری خون مرحله دو، در نظر گرفته شوند. برخی فرآورده‌های گیاهی ممکن است با داروهای قلبی تداخلات دارویی شدید ایجاد کنند، عملکرد کلیه را تحت تاثیر قرار دهند یا نوسانات پیش‌بینی‌نشده‌ای در فشار خون ایجاد کنند؛ بنابراین، هرگونه مصرف جانبی این مواد تنها باید با اطلاع پزشک معالج و در کنار درمان دارویی استاندارد باشد.

منابع:

1. McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, Brouwers S, Canavan MD, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *Eur Heart J*. 2024;45(38):3912-4018. doi:10.1093/eurheartj/ehae178. PMID: 39210715.
2. Mancia G, Kreutz R, Brunström M, Burnier M, Grassi G, Januszewicz A, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *J Hypertens*. 2023;41(12):1874-2071. doi:10.1097/HJH.0000000000003480. PMID: 37345492.
3. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. *J Am Coll Cardiol*. 2018;71(19):e127-e248. doi:10.1016/j.jacc.2017.11.006. PMID: 29146535.
4. Van den Born BJ, Lip GYH, Brguljan-Hitrec J, Cremer A, Segura J, Morales E, et al. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother*. 2019;5(1):37-46. doi:10.1093/ehjcvp/pvy032. PMID: 30165588.
5. World Health Organization. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: World Health Organization; 2021. ISBN: 9789240033986. PMID: 34520188.
6. Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E, Vollmer WM, Svetkey LP, Sacks FM, et al. A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure (DASH trial). *N Engl J Med*. 1997;336(16):1117-1124. doi:10.1056/NEJM199704173361601. PMID: 9099655.
7. Ried K. Garlic lowers blood pressure in hypertensive subjects, improves arterial stiffness and gut microbiota: A review and meta-analysis. *Exp Ther Med*. 2020;19(2):1472-1478. doi:10.3892/etm.2019.8374. PMID: 32010325.

مراقبت از بیماران بین‌المللی در سال ۲۰۲۶: چرا ترجمه تنها نقطه شروع و آغاز کار است

دکتر مجتبی محمودآبادی، متخصص بیهوشی و مراقبت‌های ویژه - دپارتمان IPD

ارائه خدمات باکیفیت به بیماران بین‌المللی، تنها به برخورداری از دانش و مهارت بالینی محدود نمی‌شود. ارتباط روشن و مؤثر، آگاهی از تفاوت‌های فرهنگی، شکل‌گیری اعتماد و برخورداری بیمار از حمایت مستمر نیز از ارکان اساسی چنین مراقبتی هستند. گذرنامه بیمار فقط به ما می‌گوید سفر او از کجا آغاز شده است؛ اما چیزی درباره این که او بیماری را چگونه درک می‌کند، تصمیم‌های پزشکی را به چه شیوه‌ای می‌گیرد، چگونه ارتباط برقرار می‌کند یا درد خود را چگونه بیان می‌کند، به ما نمی‌گوید. همچنین از روی گذرنامه نمی‌توان فهمید که بیمار تا چه اندازه تمایل دارد اعضای خانواده اش در روند مراقبت و درمان او مشارکت داشته باشند.

برای بیماران بین‌المللی، درمان در کشوری دیگر بسیار فراتر از دریافت خدمات پزشکی در مکانی تازه و ناآشناست. این بیماران، هم‌زمان با مواجهه با بیماری، نگرانی و عدم قطعیت و دوری از افرادی که معمولاً منبع حمایت عاطفی و عملی آنان هستند، باید راه خود را در نظام سلامت ناآشنایی نیز پیدا کنند. اسناد، فرایندهای درمانی و اصطلاحات پزشکی‌ای که برای کارکنان بیمارستان کاملاً روزمره و عادی به نظر می‌رسند، ممکن است برای یک بیمار بین‌المللی کاملاً ناآشنا، پیچیده و حتی اضطراب‌آور باشند.

از این رو، مراقبت حساس و پاسخ‌گو به تفاوت‌های فرهنگی نباید صرفاً خدمتی جانبی در حوزه مهمان‌نوازی بیمارستان تلقی شود. چنین رویکردی بخشی اساسی و جدایی‌ناپذیر از حفاظت از بیمار و ارائه مراقبت بالینی باکیفیت است. سازمان جهانی بهداشت، مراقبت مردم‌محور (People-Centered Care) را نوعی مراقبت می‌داند که بر اساس مجموعه کامل نیازهای فرد شکل می‌گیرد، نه صرفاً بر پایه یک بیماری مشخص یا یک اقدام درمانی خاص. در این الگو، احترام به بیمار، تصمیم‌گیری مشترک میان بیمار و تیم درمان، و تداوم مراقبت در تمام مراحل مسیر درمانی بیمار در اولویت قرار دارند.

زبان نخستین گام است، اما آخرین گام نیست

زبان اغلب آشکارترین و ملموس‌ترین مانع در ارائه مراقبت به بیماران بین‌المللی است. بسیاری از بیمارستان‌ها برای برطرف کردن این مانع، از مترجمان شفاهی استفاده می‌کنند، فرم‌های رضایت را به زبان‌های مختلف در اختیار بیماران قرار می‌دهند و تابلوها و علائم راهنما را به چند زبان ارائه می‌کنند. این خدمات ضروری‌اند، اما ارتباط مؤثر و معنادار چیزی فراتر از برگرداندن واژه‌ها از یک زبان به زبان دیگر است.

متخصصان و کارکنان حوزه سلامت نباید صرفاً بر اساس ملیت، ظاهر یا کشور محل اقامت بیمار درباره زبانی که ترجیح می‌دهد با آن گفتگو کند، حدس بزنند. بهتر است مستقیماً از بیمار پرسیده شود که ترجیح می‌دهد مکالمات مربوط به درمان به چه زبانی انجام شود و این موضوع نیز به‌طور مشخص در پرونده او ثبت شود. در گفت‌وگوهای مهم پزشکی، از جمله هنگام توضیح تشخیص، اخذ رضایت‌نامه، بررسی خطرات درمان، ارائه اطلاعات مربوط به داروها و آموزش‌های زمان ترخیص، حضور یک مترجم شفاهی آشنا به امور پزشکی و واجد صلاحیت ضروری است.

اعضای خانواده می‌توانند برای بیمار منبع مهمی از آرامش و حمایت باشند، اما در شرایط معمول نباید مسئول ترجمه شفاهی اطلاعات پیچیده پزشکی شوند. حتی زمانی که نزدیکان بیمار بهترین نیت را دارند، ممکن است ناخواسته برخی جزئیات را حذف کنند، خبرهای دشوار را کم‌اهمیت‌تر یا ملایم‌تر از واقعیت منتقل کنند، یا مفهوم اصطلاحات تخصصی پزشکی را به‌درستی درک نکنند. به‌ویژه کودکان هرگز نباید در موقعیتی قرار گیرند که وظیفه ترجمه برای بزرگسالان را بر عهده داشته باشند.

استانداردهای ملی خدمات متناسب با فرهنگ و زبان (CLAS) بر ارائه خدمات زبانی توسط افراد دارای صلاحیت تأکید دارند و استفاده از افراد زیر سن قانونی یا اشخاص آموزش‌ندیده به‌عنوان مترجم را توصیه نمی‌کنند. الزامات کنونی The Joint Commission برای بیمارستان‌ها نیز بر این نکته تأکید دارد که صلاحیت مترجمان شفاهی و کتبی باید بر اساس ارزیابی توانایی زبانی، تحصیلات، آموزش حرفه‌ای یا تجربه آنان قابل احراز باشد.

حضور مترجم نباید باعث شود مخاطب اصلی گفت‌وگوی بالینی تغییر کند. پزشک و سایر اعضای تیم درمان باید همچنان مستقیماً با خود بیمار صحبت کنند، ارتباط چشمی را حفظ کنند، در فواصل مناسب مکث داشته باشند و از جمله‌های کوتاه و روشن استفاده کنند. همین اقدامات ساده کمک می‌کنند ارتباط مستقیم و اعتماد میان بیمار و درمانگر، حتی با حضور مترجم، حفظ شود.

آگاهی فرهنگی، بدون پیش‌داوری

فرهنگ هر فرد می‌تواند بر شیوه‌ای که درباره علائم خود صحبت می‌کند، برداشتی که از علت بیماری دارد و نحوه واکنش او به توصیه‌های پزشکی تأثیر بگذارد. نگرش افراد نسبت به درد، ناتوانی، سلامت روان، فرآورده‌های خونی یا حتی معاینات جسمی نیز ممکن است تا حدی تحت تأثیر زمینه فرهنگی آنان شکل گرفته باشد.

بالین‌حال، برخورداری از آگاهی فرهنگی به این معنا نیست که فرض کنیم همه افرادی که پیشینه مشابهی دارند، یکسان

فکر می‌کنند یا ترجیحات مشابهی دارند. حتی دو بیمار که از یک کشور آمده‌اند یا به یک جامعه مذهبی تعلق دارند، ممکن است در باورها، ارزش‌ها و ترجیحات شخصی خود تفاوت‌های اساسی با یکدیگر داشته باشند.

به همین دلیل، پرسیدن همیشه مطمئن‌تر از فرض کردن است.

برای شناخت بهتر نیازها و ترجیحات بیمار، می‌توان پرسش‌هایی مانند موارد زیر را مطرح کرد:

- در مورد این درمان، چه چیزی بیش از همه شما را نگران می‌کند؟
- آیا ملاحظات یا آداب مذهبی یا فرهنگی خاصی وجود دارد که لازم باشد در روند مراقبت از شما در نظر بگیریم؟
- مایل هستید چه کسانی در تصمیم‌گیری‌های پزشکی شما مشارکت داشته باشند؟
- آیا در زمینه رژیم غذایی، حفظ حریم خصوصی یا رعایت پوشش، ترجیحات خاصی دارید؟
- در بخش‌هایی از مراقبت که امکان انتخاب وجود دارد، ترجیح می‌دهید پزشک یا ارائه‌دهنده خدمات درمانی شما مرد باشد یا زن؟

طرح چنین پرسش‌هایی نشان‌دهنده احترام به بیمار است و به او فرصت می‌دهد مشخص کند چه موضوعاتی از نظر شخصی برایش اهمیت بیشتری دارند.

مراقبت مطابق با تفاوت‌های فرهنگی به این معنا نیست که کارکنان نظام سلامت باید تمام آداب و رسوم مرتبط با هر گروه فرهنگی را از بر باشند. آنچه اهمیت دارد، مواجهه با هر بیمار به‌عنوان یک فرد منحصر به فرد، با ذهنی باز، فروتنی و توجهی واقعی به نیازها و ترجیحات اوست.

سواد حوزه سلامت و درمان، مسئله‌ای برای همه

بیماران بین‌المللی ممکن است تحصیلات بالایی داشته باشند و به چند زبان مسلط باشند، اما باین‌حال در درک اطلاعات پزشکی با مشکل مواجه شوند. تحصیلات و توانایی‌های ذهنی بالا، به‌تنهایی تضمین نمی‌کنند که فرد از دانش و آگاهی پزشکی کافی برخوردار باشد.

سازمان جهانی بهداشت نیز تأکید می‌کند که حتی افرادی که مهارت بالایی در خواندن، نوشتن و کار با اعداد دارند، ممکن است در مواجهه با اصطلاحات ناآشنا، تشخیص‌های جدی، ترس و اضطراب، یا تصمیم‌های پیچیده‌ای که باید در شرایط پراسترس گرفته شوند، در درک اطلاعات دچار مشکل شوند. در راهنماهای به‌روز این سازمان همچنین تأکید شده است که مراکز و سازمان‌های ارائه‌دهنده خدمات سلامت مسئول‌اند اطلاعاتی در اختیار بیماران قرار دهند که روشن، قابل اعتماد و کاربردی باشد.

پزشکان و سایر اعضای تیم درمان می‌توانند با استفاده از زبانی ساده، شفاف و قابل فهم، درک بهتر اطلاعات را برای بیمار آسان‌تر کنند. باین‌حال، صرفاً ارائه توضیح کافی نیست؛ لازم است اطمینان حاصل شود که بیمار واقعاً مطالب را درک کرده است، نه اینکه این درک صرفاً فرض شود.

نقش خانواده و حق انتخاب فردی

برای بیمارانی که دور از خانه و کشور خود تحت درمان قرار می‌گیرند، حضور و حمایت خانواده می‌تواند منبع ارزشمندی از آرامش و اطمینان باشد. باین‌حال، انتظارات فرهنگی در این زمینه یکسان نیست. برخی بیماران ترجیح می‌دهند اعضای خانواده‌شان حضوری پررنگ در گفت‌وگوها و تصمیم‌های پزشکی داشته باشند، در حالی که برخی دیگر حفظ حریم خصوصی را ترجیح می‌دهند یا نمی‌خواهند بعضی از اطلاعات پزشکی آنان با دیگران در میان گذاشته شود.

به همین دلیل، بیمارستان‌ها باید مستقیماً از خود بیمار بپرسند چه افرادی اجازه دارند اطلاعات پزشکی او را دریافت کنند و هر یک از این افراد تا چه اندازه در روند مراقبت و تصمیم‌گیری مشارکت داشته باشند. احترام به سنت‌ها و ملاحظات فرهنگی به این معنا نیست که اعضای خانواده به‌طور خودکار اختیار تصمیم‌گیری از جانب بیمار را پیدا کنند. خواست و ترجیح خود بیمار، توانایی او برای تصمیم‌گیری، حق برخورداری از حریم خصوصی و حقوق قانونی‌اش همواره در اولویت قرار دارند.

منشور حقوق ایمنی بیمار سازمان جهانی بهداشت نیز بر همین اصول تأکید می‌کند؛ از جمله حق بیمار برای دریافت اطلاعاتی که بتواند آن‌ها را به‌خوبی درک کند، برخورداری از کرامت و احترام، و امکان مشارکت اعضای خانواده یا افرادی که خود بیمار به‌عنوان همراه و شریک مراقبتی انتخاب می‌کند.

آیا تکنولوژی و فناوری می‌تواند مشکل برقراری ارتباط را حل کند؟

ابزارهای ترجمه دیجیتال و هوش مصنوعی روز به روز نقش پررنگ‌تری در حوزه سلامت پیدا می‌کنند. این فناوری‌ها می‌توانند برای ارسال یادآوری‌ها، ارائه راهنمایی‌های مسیر، انتقال اطلاعات معمول و روزمره، و همچنین تهیه ترجمه اولیه از اطلاعاتی که حساسیت یا اهمیت بالینی بالایی ندارند، مفید باشند.

باین‌حال، این ابزارها محدودیت‌های مهمی نیز دارند. ترجمه خودکار ممکن است در تفسیر اصطلاحات پزشکی، عبارات و اصطلاحات رایج محلی یا حتی بار عاطفی و احساسی سخنان بیمار دچار خطا شود. از سوی دیگر، اگر اطلاعات محرمانه بیمار در برنامه‌ها یا سامانه‌هایی وارد شوند که استفاده از آن‌ها مورد تأیید مرکز درمانی نیست، حریم خصوصی و محرمانگی اطلاعات بیمار نیز ممکن است به خطر بیفتد.

در موقعیت‌هایی که ارتباط با بیمار به موضوعاتی مانند رضایت آگاهانه، تشخیص، تصمیم‌های مهم درمانی یا

دستورالعمل‌های هنگام ترخیص مربوط می‌شود، فناوری باید نقش حمایتی داشته باشد و نمی‌تواند جایگزین متخصصان واجد صلاحیت یا قضاوت مستقیم بالینی شود. گزارشی درباره ارتقای کیفیت و دقت تشخیص که در سال ۲۰۲۶ منتشر شده است، ظرفیت بالقوه هوش مصنوعی برای ترجمه و ساده‌سازی زبان پزشکی در آینده را مورد توجه قرار می‌دهد؛ با این حال، همچنان بر ضرورت دسترسی بیماران به مترجمان واجد صلاحیت و دریافت اطلاعات به زبانی که برای آنان قابل درک باشد تأکید می‌کند.

بنابراین، بیمارستان‌ها باید دستورالعمل‌های روشن و مشخصی داشته باشند که تعیین کند استفاده از کدام فناوری‌ها مجاز است، اطلاعات بیماران چگونه باید محافظت شود و در چه شرایطی حضور مترجم پزشکی واجد صلاحیت الزامی است.

مراقبت باید پس از بازگشت بیمار به خانه نیز ادامه داشته باشد

مراقبت از بیمار بین‌المللی با خروج او از بیمارستان پایان نمی‌یابد. بیمار پس از بازگشت به کشور خود ممکن است با نام‌های متفاوت داروها، شیوه‌های دیگر ارائه خدمات سلامت و برنامه‌های پیگیری متفاوتی روبه‌رو شود.

پیش از بازگشت به خانه، بیمار باید اطلاعاتی روشن و قابل فهم درباره ترخیص، داروهای مصرفی، آزمایش‌ها، اقدامات و پروسیجرهای انجام‌شده و همچنین علائمی که در صورت بروز آن‌ها باید فوراً به مراکز درمانی مراجعه کند، دریافت کرده باشد. همچنین باید بداند در صورت نیاز چگونه می‌تواند با تیم درمان‌کننده خود تماس بگیرد. ضروری است دستورالعمل‌ها و اطلاعات اصلی نیز به زبانی که بیمار در اختیار قرار گیرند که آن را به‌خوبی درک می‌کند.

بیمارستان‌ها باید تا حد امکان به بیمار کمک کنند تا برای ادامه مراقبت و پیگیری درمان با پزشک خود در محل زندگی‌اش ارتباط برقرار کند. پزشکی از راه دور می‌تواند این ارتباط را آسان‌تر کند، اما لازم است از ابتدا به‌طور دقیق مشخص باشد چه فرد یا تیمی مسئول بررسی نتایج، پاسخ‌گویی به پرسش‌های بیمار و رسیدگی به عوارض احتمالی خواهد بود.

تداوم مراقبت اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا برخی بیماران ممکن است در برقراری ارتباط با مشکل روبه‌رو شوند، از مطرح کردن نگرانی‌های خود احساس راحتی نکنند، سواد محدودی داشته باشند یا هنوز اعتماد کافی به نظام درمانی پیدا نکرده باشند. چنین موانعی می‌توانند شفاف را مختل کنند؛ در حالی که همین تبادل اطلاعات برای دستیابی به تشخیصی دقیق ضروری است.

مراقبت همه‌جانبه، مسئولیتی مشترک در سراسر بیمارستان

ارائه مراقبتی که به تفاوت‌ها و نیازهای فرهنگی بیماران پاسخ دهد، تنها بر عهده مترجمان یا بخش‌ها و تیم‌های ویژه بیماران بین‌المللی نیست. کارکنان در سراسر بیمارستان، از پذیرش و پرستاری گرفته تا داروخانه، مشاوره مالی و برنامه ریزی برای ترخیص، همگی در شکل‌گیری چنین مراقبتی نقش دارند.

بیمارستان‌ها می‌توانند با آموزش کارکنان، فراهم کردن دسترسی آسان به خدمات زبانی و ترجمه، ارائه اطلاعات مناسب و قابل فهم به بیماران و همچنین ارزیابی منظم تجربه بیماران بین‌المللی، زمینه ارائه مراقبت حساس و پاسخ‌گو به تفاوت‌های فرهنگی را تقویت کنند.

طبیعتاً هیچ‌یک از کارکنان بیمارستان نمی‌تواند با همه زبان‌ها یا تمام سنت‌ها و ویژگی‌های فرهنگی آشنا باشد. آنچه اهمیت دارد، ایجاد نظامی است که در آن هر بیمار احساس کند می‌تواند بدون نگرانی پرسش‌های خود را مطرح کند، دغدغه‌هایش را با تیم درمان در میان بگذارد، گزینه‌های پیش روی خود را به‌درستی درک کند و با اطمینان و ایمنی در روند مراقبت و درمان خود مشارکت داشته باشد.

پنج اقدام برای مراقبت بهتر و ایمن‌تر از بیماران بین‌المللی

۱. بپرسید و ثبت کنید.

زبان گفتاری و نوشتاری مورد ترجیح بیمار، نیازهای ارتباطی او و همچنین میزان مشارکتی که از خانواده خود انتظار دارد، به‌طور مشخص پرسیده و در پرونده ثبت شود.

۲. از مترجمان واجد صلاحیت استفاده کنید.

در گفت‌وگوهای بالینی حساس و پرخطر، نباید برای ترجمه به اعضای خانواده، کودکان یا برنامه‌ها و ابزارهای تأییدنشده تکیه کرد.

۳. درباره ترجیحات بیمار سؤال کنید.

نیازها و ترجیحات بیمار در زمینه رژیم غذایی، ملاحظات مذهبی، حریم خصوصی، پوشش و حیا و همچنین نحوه مشارکت در تصمیم‌گیری‌های پزشکی بررسی شود؛ بدون آنکه درباره خواسته‌های او بر اساس پیشینه فرهنگی‌اش فرضی از پیش شکل گرفته باشد.

۴. شفاف و قابل فهم ارتباط برقرار کنید.

از زبان ساده، توضیحات کوتاه و روشن و در صورت نیاز از ابزارهای بصری استفاده شود. همچنین با بهره‌گیری از روش

Teach-Back از بیمار خواسته شود مطالب را با بیان خود توضیح دهد تا اطمینان حاصل شود که اطلاعات را به درستی درک کرده است.

۵. مراقبت را فراتر از مرزها برنامه ریزی کنید.

مدارک و اطلاعات پزشکی باید به شکلی در اختیار بیمار قرار گیرند که برای او قابل فهم باشند. همچنین پیش از بازگشت بیمار، لازم است به طور روشن مشخص شود چه فرد یا تیمی مسئول پیگیری درمان، بررسی نتایج آزمایش‌ها و رسیدگی به عوارض احتمالی خواهد بود.

نتیجه‌گیری

برای بیماران بین‌المللی، مراقبت عالی تنها با موفقیت یک پروسیجر یا اقدام درمانی سنجیده نمی‌شود. کیفیت واقعی مراقبت را باید در این نیز دید که آیا بیمار احساس کرده صدایش شنیده شده است، درمان خود را به درستی درک کرده، در تصمیم‌گیری‌های پزشکی مشارکت داشته و پس از ترک بیمارستان به روشنی می‌داند که چه اقداماتی باید انجام دهد.

ترجمه، راه را برای آغاز گفت‌وگو باز می‌کند؛ اما این مراقبت پاسخ‌گو به تفاوت‌های فرهنگی است که آن گفت‌وگو را به ارتباطی ایمن، محترمانه و از نظر بالینی معنادار تبدیل می‌کند.

منابع:

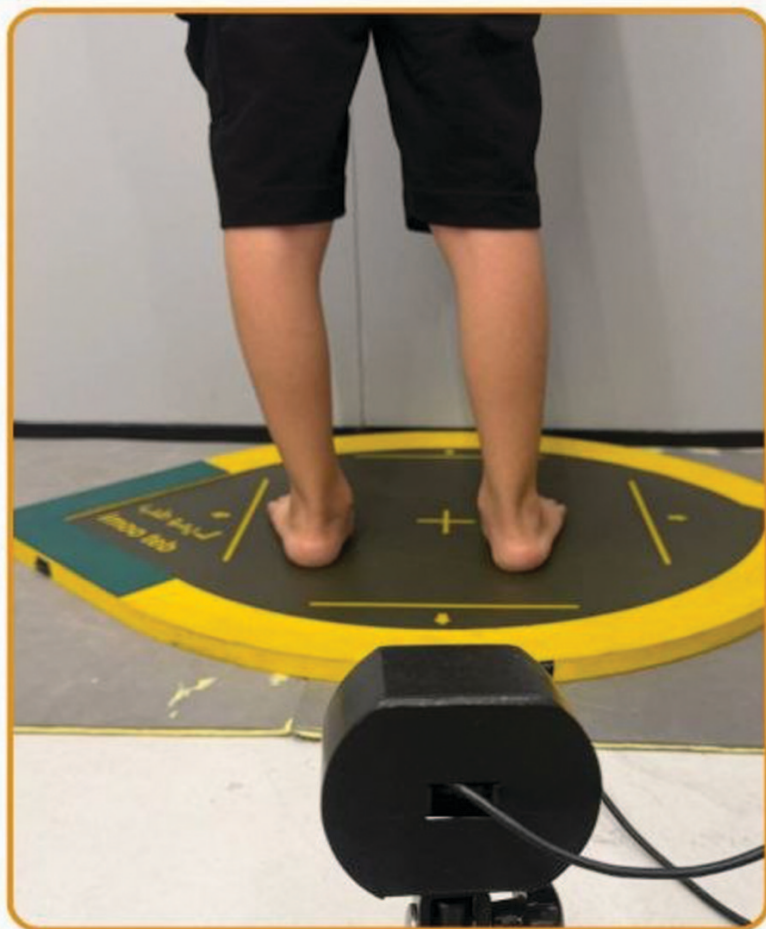
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2024, April). Use the teach-back method: Tool 5. <https://www.ahrq.gov/health-literacy/improve/precautions/tool5.html>
- Heath, M., Hvass, A. M. F., & Wejse, C. M. (2023). Interpreter services and effect on healthcare—A systematic review of the impact of different types of interpreters on patient outcome. *Journal of Migration and Health*, 7, Article 100162. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100162>
- Lauwers, E. D. L., Vandecasteele, R., McMahon, M., De Maesschalck, S., & Willems, S. (2024). The patient perspective on diversity-sensitive care: A systematic review. *International Journal for Equity in Health*, 23, Article 117. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02189-1>
- The Joint Commission. (2026, January 7). If an organization is collecting the patient's "primary" language—does this meet The Joint Commission's requirement for the collection of "preferred" language? <https://www.jointcommission.org/en-us/knowledge-library/support-center/standards-interpretation/standards-faqs/000001264>
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. (2013). National standards for culturally and linguistically appropriate services (CLAS) in health and health care. Think Cultural Health. <https://thinkculturalhealth.hhs.gov/clas/standards>
- Upadhyay, S., Stephenson, A. L., Weech-Maldonado, R., & Cochran, C. (2022). Hospital cultural competency and attributes of patient safety culture: A study of U.S. hospitals. *Journal of Patient Safety*, 18(3), e680–e686. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000901>
- World Health Organization. (n.d.). Integrated people-centred care. <https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care>
- World Health Organization. (2024). Patient safety rights charter. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240093249>



NOOR SHAHRIAR
HOSPITAL

برای اولین بار در کلینیک ارتوپدی فنی بیمارستان نور شهریار

برای اولین بار امکان اسکن سه بعدی کف پا در کلینیک ارتوپدی فنی بیمارستان نور شهریار فراهم شده است. این اسکن کاملاً بدون درد و فقط در چند دقیقه انجام می شود و شکل دقیق کف پا و میزان فشار وارد شده به بخش های مختلف پا را بررسی می کند تا کفی طبی کاملاً متناسب با پای هر فرد طراحی شود.

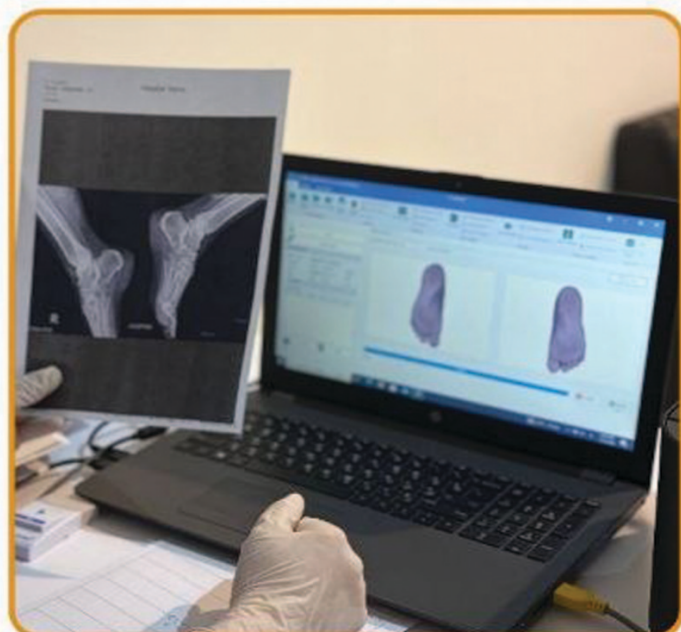


آیا همیشه برای درمان باید جراحی کرد؟



خیر. خیلی از مشکلات اگر به موقع تشخیص داده شوند، در بسیاری از موارد بدون جراحی قابل کنترل یا درمان هستند. برای مثال صافی کف پا، انحراف شست پا، خار پاشنه، التهاب کف پا، چرخش مچ، زانوی پرانتزی و ضربدری، اختلاف طول پاها و بعضی از مشکلات راه رفتن را می توان با استفاده از کفی طبی، کفش طبی، بریس و برنامه درمانی مناسب تا حد زیادی اصلاح یا کنترل کرد.

البته نوع درمان به شدت مشکل و شرایط هر فرد بستگی دارد و بعد از معاینه تخصصی مشخص می شود.





بیمارستان فوق تخصصی
نور شهریار
Noor Shahriar Hospital

کلینیک فوق تخصصی IVF بیمارستان نور شهریار

Noor Shahriar Hospital

امید به تولد یک زندگی

کلینیک فوق تخصصی IVF بیمارستان نور با بهره گیری از دانش روز و تجهیزات پیشرفته، همراه زوج‌هایی است که رویای فرزندآوری را دنبال می‌کنند.



خدمات



• درمان ناباروری زنان و مردان



• بررسی علل ناباروری



• IVF و روش‌های کمک‌باروری



• مشاوره تخصصی باروری

همراه شما در مسیر شیرین والد شدن



تلفن:
۰۲۱۵۴۱۲۱



داخلی:
۱۴۵۲



اینستاگرام:
noorshahriar_hospital



ایمیل:
info@noorhospital.ir



بیمارستان فوق تخصصی
نور شهریار
Noor Shahriar Hospital

بخش فوق تخصصی آمبولیزاسیون بیمارستان نور شهریار

انقلابی در درمان‌های کم‌تهاجمی (بدون جراحی باز)

بخش فوق تخصصی آمبولیزاسیون بیمارستان نور شهریار با بهره‌گیری از تجهیزات پیشرفته و تیم تخصصی، خدمات درمانی نوین و کم‌تهاجمی را برای بیماران فراهم کرده است.

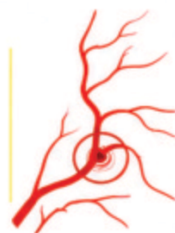
خدمات ما:

درمان برخی تومورها

درمان فیبروم رحمی

کنترل خونریزی‌های داخلی

مداخلات عروقی پیشرفته



پذیرش ۲۴ ساعته



حضور متخصصین و
فوق تخصصین مجرب



خدمات تشخیصی و درمانی
استاندارد و ایمن



تلفن:
02154121



داخلی:
6032 و 1538



اینستاگرام:
noorshahriar_hospital



ایمیل:
info@noorhospital.ir



بیمارستان فوق تخصصی
نور شهریار
Noor Shahriar Hospital

مرکز سی تی آنژیوگرافی بیمارستان نور شهریار

تشخیص دقیق، بدون نیاز به بستری

مرکز سی تی آنژیوگرافی بیمارستان نور شهریار با بهره‌گیری از تجهیزات پیشرفته و تیم فوق تخصص قلب، امکان بررسی دقیق عروق کرونر و ارزیابی سلامت قلب را با روشی سریع، ایمن و غیرتهاجمی فراهم کرده است.



ویژگی‌ها و خدمات

- ✓ بررسی دقیق عروق قلب
- ✓ تشخیص زودهنگام بیماری‌های قلبی
- ✓ انجام سریع و بدون نیاز به بستری
- ✓ استفاده از کمترین میزان پرتو با تکنولوژی پیشرفته
- ✓ بدون نیاز به بیهوشی
- ✓ بدون نیاز به بستری
- ✓ بدون نیاز به جراحی



پذیرش ۲۴ ساعته



خدمات تشخیصی و درمانی استاندارد و ایمن



تیم تخصصی فوق تخصص قلب



یک قدم مطمئن برای حفظ سلامت قلب شما



تلفن: 02154121



داخلی: 6061



اینستاگرام: noorshahriar_hospital



ایمیل: info@noorhospital.ir



بیمارستان فوق تخصصی
نور شهریار
Noor Shahriar Hospital

مرکز سنگ شکن بیمارستان نور شهریار

تحت نظارت متخصصین مجرب اورولوژی

مرکز سنگ شکن بیمارستان نور شهریار با استفاده از جدیدترین دستگاه‌های ESWL و پیشرفته‌ترین تکنولوژی‌های روز دنیا، امکان درمان سریع، ایمن و بدون نیاز به جراحی برای انواع سنگ‌های کلیه و مجاری ادراری را فراهم کرده است.

ویژگی‌ها و خدمات

- ✓ بدون نیاز به بیهوشی
- ✓ بدون نیاز به بستری
- ✓ بدون نیاز به جراحی
- ✓ بازگشت سریع به فعالیت‌های روزمره
- ✓ درمان ایمن و غیرتهاجمی
- ✓ تحت نظارت متخصصین مجرب اورولوژی



تلفن: 02154121



داخلی: 5027



اینستاگرام: noorshahriar_hospital



ایمیل: info@noorhospital.ir



آرامش خاطر خانواده‌ها، مراقبت مطمئن برای کودکان





بیمارستان فوق تخصصی
نور شهریار
Noor Shahriar Hospital

اورژانس فوق تخصصی اطفال بیمارستان نور شهریار

سلامت فرزند شما مهم‌ترین اولویت ماست

اورژانس فوق تخصصی بیمارستان نور شهریار به صورت ۲۴ ساعته و با حضور متخصصین و فوق تخصصین کودکان، آماده ارائه خدمات درمانی به‌موقع و استاندارد به نوزادان، کودکان و نوجوانان شماست.



پذیرش ۲۴ ساعته



حضور متخصصین و
فوق تخصصین کودکان



خدمات درمانی استاندارد برای
کودکان و نوجوانان



تلفن:
02154121



داخلی
1004



اینستاگرام:
noorshahriar_hospital



ایمیل:
info@noorhospital.ir



آرامش خاطر خانواده‌ها، مراقبت مطمئن برای کودکان



بیمارستان فوق تخصصی
نور شهریار
Noor Shahriar Hospital

کلینیک فوق تخصصی گوارش، آندوسکوپی و کولونوسکوپی

مراقبت فوق تخصصی دستگاه گوارش

کلینیک فوق تخصصی گوارش بیمارستان نور شهریار با بهره‌گیری از تجهیزات مدرن و پزشکان مجرب، خدمات تشخیصی و درمانی دستگاه گوارش را ارائه می‌کند.

خدمات ما

آندوسکوپی فوقانی



کولونوسکوپی



تشخیص و درمان بیماری‌های کبد و گوارش



بررسی تخصصی مشکلات معده و روده



پذیرش ۲۴ ساعته



حضور متخصصین و
فوق تخصصین گوارش



خدمات درمانی
استاندارد و ایمن

سلامت گوارش، پایه سلامت زندگی



تلفن:
02154121



داخلی:
5020



اینستاگرام:
noorshahriar_hospital



ایمیل:
info@noorhospital.ir



بیمارستان فوق تخصصی
نور شهریار
Noor Shahriar Hospital



دپارتمان فوق تخصصی رادیوتراپی، شیمی درمانی و انکولوژی

در کنار شما در مسیر درمان

تشخیص دقیق • درمان هدفمند • همراهی تخصصی

دپارتمان درمان سرطان بیمارستان نور شهریار با بهره‌گیری از پیشرفته‌ترین تجهیزات رادیوتراپی و شیمی درمانی و با تکیه بر دانش و تجربه پزشکان متخصص، خدماتی جامع و فردمحور در حوزه تشخیص، درمان و پایش سرطان ارائه می‌دهد. هدف ما، ارائه درمان‌های مؤثر، ایمن و متناسب با شرایط هر بیمار در محیطی حمایتی و مطمئن است.



رادیوتراپی
تخصصی



شیمی درمانی
استاندارد و هدفمند



ویزیت فوق تخصصی
انکولوژی



پایش و مراقبت
مستمر بیماران



خدمات تخصصی:

- رادیوتراپی تخصصی با دستگاه‌های پیشرفته (IMRT - VMAT)
- شیمی درمانی استاندارد و هدفمند
- ویزیت فوق تخصصی انکولوژی
- پایش و مراقبت مستمر بیماران



پذیرش ۲۴ ساعته



حضور متخصصین و
فوق تخصصین مجرب



خدمات تشخیصی و درمانی
استاندارد و ایمن



سلامت گوارش، پایه سلامت زندگی



تلفن:

02154121



داخلی:

1390



اینستاگرام:

noorshahriar_hospital



ایمیل:

info@noorhospital.ir



سرطان در نور درمان دارد



تماس با ما

مرکز پاسخگویی و مشاوره بیمارستان:

۰۲۱۵۴۱۲۱

۰۲۱۶۵۵۷۷۰۰۱-۱۰



info@noorhospital.ir

www.noorhospital.ir



شهریار، ضلع غربی تقاطع غیرهمسطح سپاه،

بلوار خبرنگار، بیمارستان تخصصی و

فوق تخصصی نور شهریار

کدپستی:

۳۳۵۴۶۸۴۴۱۴



اینستاگرام:

noorshahriyar_hospital

واتساپ:

۰۹۰۵۴۹۳۰۵۵۰



noorshahriyar_hospital



www.noorhospital.ir